

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

65

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marie-Eugénie FOURNIER

Née le 2 octobre 1907, à Saint-Ouen-l'Aumône (Seine-et-Oise)

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

Médecin-stagiaire aux sanatoriums Calmette
de Villiers-sur-Marne

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LÉGISLATION ANTITUBERCULEUSE FRANÇAISE

LE TUBERCULEUX
LE MÉDECIN
LE LÉGISLATEUR

Président : M. FERNAND BEZANÇON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marie-Eugénie FOURNIER

Née le 2 octobre 1907, à Saint-Ouen-l'Aumône (Seine-et-Oise)
Ancienne externe des Hôpitaux de Paris
Médecin-stagiaire aux sanatoriums Calmette
de Villiers-sur-Marne

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LÉGISLATION ANTITUBERCULEUSE FRANÇAISE

LE TUBERCULEUX
LE MÉDECIN
LE LÉGISLATEUR

President : M. FERNAND BEZANÇON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Physiologie	Léon BINE ¹ .
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE GRAND-PÈRE VÉNÉRÉ

FRÉDÉRIC CHATELUS (1854-1914)

Fondateur de la première œuvre française de prévoyance sociale
Les Prévoyants de l'Avenir (1880)

A LA MÉMOIRE DE NOTRE ILLUSTRE MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD
(1872-1934)

A M. LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Membre de l'Académie de Médecine
Membre de la Commission permanente de la Tuberculose

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de gratitude et d'admiration.*

A NOS EXCELLENTS MAÎTRES

M. LE DOCTEUR P.-F. ARMAND-DELILLE

Médecin des Hôpitaux de Paris
Président du Comité National des Ecoles de plein air ;

M. LE DOCTEUR J.-M. LE MÉE

Oto-rhino-laryngologue des Hôpitaux de Paris ;

M. LE DOCTEUR L. SAUVÉ

Chirurgien des Hôpitaux de Paris ;

M. LE DOCTEUR G. POIX

Vice-président
du Comité National de défense contre la Tuberculose

qui nous a inspiré cette étude :

En témoignage de respectueuse reconnaissance.

A MM. LES DOCTEURS :

PAUL BRAUN

Assistant du Professeur Bezançon à l'Hôpital Laennec
Médecin-chef de dispensaire à l'Office public d'Hygiène sociale

et PAUL-EMILE DAVY

Médecin-directeur des Villages-Sanatoriums de haute altitude

*En remerciement des précieux conseils et
des bienveillants secours dont ils nous ont
gratifiée.*

LE TUBERCULEUX, LE MÉDECIN LE LÉGISLATEUR

Introduction.

Un des devoirs du médecin, à l'égard de ses malades tuberculeux, est de résoudre des problèmes d'ordre social. Aussi applaudit-il souvent aux lois qui régissent la lutte antituberculeuse ; il regrette parfois qu'elles soient si peu connues ; il espère la promulgation de certaines autres dont il sent le besoin urgent.

C'est pourquoi nous avons voulu faire une sorte de mise au point de l'état actuel de la législation antituberculeuse française et des efforts progressifs fournis jusqu'à ce jour par les pouvoirs publics pour enrayer la tuberculose, ce fléau national qui nous coûte par an 65.000 à 70.000 vies humaines, d'après les statistiques officielles, chiffres qu'il faudrait presque doubler pour tenir compte de tous les cas non déclarés, car la tuberculose est à déclaration facultative.

Le tuberculeux a d'abord bénéficié simplement, comme tout autre malade, de la législation d'assistance médicale et sociale : c'est-à-dire, des soins pendant les périodes aiguës de la maladie (loi sur les hôpitaux-hospices du 7 août 1851), des secours et des soins à domicile (loi du 15 juillet 1893) ; il a pu bénéficier aussi, en qualité d'incurable, de la loi de 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

Enfin se fit jour l'idée que ces lois de pure assistance ne pouvaient suffire pour lutter efficacement contre la tuberculose. Il apparut, d'une part, que le tuberculeux pouvait être récupéré s'il était soigné convenablement et non

traité en incurable; d'autre part, qu'il importait d'éduquer le tuberculeux et son entourage pour éviter la propagation de la maladie.

Ce sont des hygiénistes, des phtisiologues, comme Calmette et le Dr Kuss, qui démontrèrent l'utilité d'une lutte méthodique, l'un par l'organisation d'un dispensaire à Lille en 1901, l'autre par l'exposé des résultats qu'il obtenait dès 1906 à Angicourt, sanatorium de l'Assistance Publique. Nous avons subi aussi à cet égard l'influence bienfaisante de l'étranger, notamment grâce à la mission Rockefeller. Depuis 1915, date de la première loi ayant trait spécialement à la lutte antituberculeuse, les lois se succèdent, se complètent et s'améliorent : la lutte antituberculeuse s'organise. Il reste à faire : qui s'en étonnerait quand on calcule que cette entreprise a juste 20 ans?

Le législateur a pris pour première tâche de donner aux malades la possibilité de se soigner; il ne leur a pas encore créé d'obligations, celle surtout de prendre les précautions nécessaires pour éviter la contamination de leur entourage. Même améliorée, la législation antituberculeuse actuelle ne serait encore que d'attente : ce n'est que lorsque le laboratoire aura parlé d'une façon décisive que le législateur pourra prendre des mesures obligatoires et durables, plus simples, moins coûteuses et beaucoup plus efficaces.

* * *

Nous disposerons donc ainsi notre travail :

1° Dans notre première partie, nous classerons les tuberculeux et leur entourage suivant l'état de leurs lésions. Cet exposé nous semble utile en premier lieu : c'est, en effet, sur une base médicale que s'édifie la législation antituberculeuse : pour chaque catégorie de malades et de suspects se posent des besoins différents : sanatorium, préventorium, centre de rééducation, hôpital-sanatorium, hospice, hôpital, etc., tandis que pour tous, malades et entourage, s'affirme l'im-

portance primordiale du dispensaire. Nous signalerons ensuite les catégories de malades plus particulièrement avantagés par les pouvoirs publics quand la tuberculose les frappe ;

2° Dans notre deuxième partie, nous dresserons la liste des lois, décrets, circulaires et articles de lois relatifs à la lutte antituberculeuse. Nous verrons successivement les mesures générales contre la tuberculose et les mesures particulières pour chaque sorte de tuberculeux. Nous montrerons, par quelques chiffres, les réalisations déjà obtenues ;

3° La troisième et dernière partie contiendra les quelques critiques que nous croirons devoir risquer et les suggestions que nous oserons soumettre.

PREMIÈRE PARTIE

La tuberculose au point de vue médical.

La tuberculose n'est pas seulement un mal social, comme le paupérisme ou la prostitution, elle n'est pas une infortune individuelle, congénitale ou accidentelle, comme la surdi-mutité ou la cécité ; aussi il ne suffit pas de classer les tuberculeux au point de vue social, comme font pour les vagabonds les règlements de police, ou au point de vue personnel, comme tout le monde le fait d'instinct pour les aveugles. C'est avant tout une maladie et, pour la combattre, il nous faut l'envisager d'abord du point de vue médical.

Quelles ressources d'ordre médical aurons-nous donc pour lutter contre cette maladie ?

Il y a un traitement de la tuberculose, variant suivant ses formes et ses degrés. Il consiste avant tout dans l'immobilisation.

1° La cure simple est indispensable. C'est le repos, l'immobilisation de tout le corps et autant que possible de l'esprit pendant un certain nombre d'heures par jour. Elle immobilise les lésions et économise les forces de l'organisme qui doivent se tendre contre l'invasion microbienne ;

2° La collapsothérapie crée des résurrections ; pneumothorax, phrénicectomie, thoracoplastie, plâtrage, immobilisent l'organe lésé.

3° On doit y ajouter la cure d'air, très désintoxicante, les cures de soleil et de rayons U.-V., vivifiantes et bactéricides, mais congestives, donc inutilisables, même dangereuses pour les organes congestifs, comme les poumons ; l'inso-lation, pour les autres formes de tuberculose (tuberculoses osseuses, articulaires, péritonéales, rénales, laryngées) est, au contraire, très indiquée.

4° Les traitements chimiques ne sont pas à dédaigner complètement. Les produits qui tonifient l'organisme, reminéralisent, augmentent le taux de la cholestérine, ont un pouvoir adjuvant probable. L'aurothérapie voudrait être un traitement spécifique.

Mais ces traitements chimiques sont si insuffisants à l'heure actuelle que nul ne peut parler de guérison par leur seule action. La cure de repos, comme nous l'avons dit, est indispensable.

Il est vrai que toute maladie infectieuse nécessite le repos. Qui ordonnerait un traitement ambulatoire à un typhique par exemple ? Mais il y a une grande différence entre la tuberculose et les autres maladies infectieuses, c'est que celle-là est longue ; pendant longtemps le malade est contagieux, pendant longtemps il a besoin de soins spéciaux.

Nous avons dit que ces soins varient suivant les formes et les degrés de la maladie. Aussi, il est bon de classer les malades, pour les orienter judicieusement.

Nous adopterons la nomenclature préconisée par une Commission composée de six médecins, membres du Conseil de surveillance de l'Office d'Hygiène du Département de la Seine, MM. les professeurs F. Bezançon, Léon Bernard et Sergent, D^{rs} Méry, Guinard, Georges Guinon, Kuss, Thierry et Bitterlin, sur les bases apportées par le D^r Kuss, et qui fut, dès sa publication, en novembre 1921, rendue obligatoire dans tous les dispensaires de l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine.

N°	Diagnostics	Définition et observations
1	Phtisie pulmonaire	Tuberculose chronique avancée cachectisante avec expectoration bacillifère.
2	Tuberculose pulmonaire ouverte	Tuberculose avec bacilles constatés dans les crachats ou avec foyers tuberculeux donnant des signes indubitables de ramollissement.
3	Tuberculoses pulmonaires fermées avérées, actives	Avérées : c'est-à-dire avec lésions pulmonaires manifestes ayant les caractères des lésions tuberculeuses. Actives : c'est-à-dire avec symptômes fonctionnels ou généraux dûs à la tuberculose (et non à une autre cause morbide surajoutée) ou avec signes d'évolution actuelle ou récente.
4	Tuberculoses pulmonaires fermées, avérées inactives	Inactives : c'est-à-dire pour lesquelles on ne trouve ni symptômes généraux ou fonctionnels attribuables à la tuberculose, ni signes d'évolution active ou récente.
5	Adénopathies bronchiques tuberculeuses actives	Diagnostics ne devant être employés, sauf cas exceptionnels, que pour les enfants, et à la condition que des signes définis d'adénopathies médiastinale ou biliaire aient été trouvés et notés aux fiches. Pour la signification des mots : « active » et « inactive », voir ci-dessus.
6	Adénopathies bronchiques tuberculeuses inactives	
7	Autres tuberculoses sans tuberculose pulmonaire	On rangera dans cette catégorie toutes les localisations autres que la localisation pulmonaire et en particulier les pleurésies tuberculeuses primitives, les laryngites tuberculeuses primitives, etc...
8	En contact de cohabitation : A. <i>Enfants</i> B. <i>Adultes</i>	Sujet vivant au voisinage immédiat d'un tuberculeux contagieux ; le diagnostic implique la nécessité d'un travail social intense des visiteuses. Il ne sera porté que dans les cas où il y a : 1° des preuves péremptoires de la contagiosité du malade, fournies par l'examen clinique ou des crachats ;

Nos	Diagnostics	Définition et observations
9	En surveillance	2° une enquête de la visiteuse établissant la cohabitation du tuberculeux et des sujets exposés ; 3° un examen médical au dispensaire montrant l'absence de signes de lésions tuberculeuses chez le sujet « en contact ». A. <i>Enfants</i> } Ayant été antérieurement exposés, par contact, à un danger de contamination actuellement disparu. B. <i>Adultes</i> } C. Enfants en contact avec un tuberculeux non contagieux. D. Diagnostics restés incertains, après le délai réglementaire d'observation de 2 mois, avec probabilité de tuberculose. Les sujets de la catégorie 9 sont maintenus sous la surveillance médicale du dispensaire ; sans travail social des visiteuses pour les catégories C et D, avec travail social pour les catégories A et B.

Ce classement médical, fort utile pour l'infirmière dans son activité sociale et pour l'établissement de la statistique, facilite aussi le travail d'orientation du malade ou de son entourage ; il le détermine même, sauf compte à tenir, ultérieurement, du classement social.

Afin de mieux inventorier la substance que contiennent les neuf numéros susmentionnés et de mieux en comprendre l'importance pour l'orientation du malade, mettons-nous par la pensée à la place du médecin de dispensaire à qui l'on présente un sujet suspect de tuberculose.

Après interrogatoire (antécédents personnels et familiaux, contacts, signes fonctionnels et généraux détaillés) et après examen clinique, radiologique et de laboratoire, le sujet sera classé dans l'une des neuf catégories s'il est reconnu malade ou s'il cohabite ou a cohabité avec un contagieux.

Si par exemple ce malade est de la catégorie 1, on ne

peut plus le sauver, il relève de l'hôpital ; cette hospitalisation est à conseiller, surtout s'il y a, en contact avec lui, des sujets particulièrement réceptifs : des enfants.

S'il est en poussée aiguë (catégorie 2), avec 39° de fièvre et bon état général, il relèvera d'un service hospitalier aussi ; c'est après un séjour au lit que l'on pourra l'orienter sur l'établissement dont il relève (sanatorium ou hospice).

S'il est classé dans la catégorie 3, il sera à proposer pour une cure sanatoriale.

Dans la catégorie 4, il restera sous la surveillance du dispensaire.

Dans la catégorie 5, il sera proposé pour un séjour en préventorium.

Dans la catégorie 6, il restera sous la surveillance du dispensaire.

Dans la catégorie 7, il sera orienté suivant son état : s'il est tuberculeux osseux, dans un sanatorium pour osseux ; s'il a une pleurésie, cure en sanatorium, etc.

Les individus de la catégorie 8, surtout quand ce sont des enfants, sont le gros souci du dispensaire ; ils sont encore bien portants, mais courent un grand danger. Il faut de toute urgence que ce contact cesse, par leur départ ou celui du malade. Il faudra les mettre en placement familial : ici on verra la lacune de notre législation antituberculeuse, car rien d'officiel n'a encore été créé pour cette catégorie 8.

Les membres de la catégorie 9 resteront sous la surveillance du dispensaire.

Mais pour les malades dont le placement est nécessaire, il faut, après ce classement médical, en faire un autre : celui-là social, d'après leurs ressources et la profession, plus ou moins fatigante, qu'ils exercent, et qu'ils devront exercer plus tard, quand ils seront cliniquement guéris. Car le législateur a pensé en faisant soigner, en grande partie à ses frais, les tuberculeux, à récupérer plus tard une valeur sociale.

C'est pour l'envoi en sanatorium que ce classement est le plus important ; il l'était davantage encore il y a 13 ans,

alors que nous ne possédions que peu de lits de sanatorium.

Le Dr Kuss, à cette époque, s'appuyant sur les résultats qu'il obtint au sanatorium d'Angicourt, de l'Assistance publique, de 1901 à 1914, a traité la question d'une façon magistrale dans une communication qu'il adressa en décembre 1922 à la Société des Médecins de dispensaire de l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine.

Cette communication fut publiée en mars-avril 1923, par le *Bulletin du Comité National* (devenu plus tard la *Revue de Phthisiologie*), sous le titre : « **Quels sont les tuberculeux qu'il faut admettre et conserver dans les sanatoriums publics ?** »

Nous croyons indispensable de la résumer ici.

« L'expérience a démontré, disait en substance le Dr Kuss, que le bon rendement d'un sanatorium populaire exige que les malades soient judicieusement choisis.

« La loi Honorat, le décret du 10 août 1920, ont nettement précisé la nécessité qui s'impose de n'admettre dans les sanatoriums publics ou assimilés que *les tuberculeux pouvant y être soignés utilement*.

« Les tuberculeux justiciables du sanatorium sont définis cliniquement par les 3 caractères suivants, nécessaires tous les trois :

« 1° Existence d'une tuberculose pulmonaire ou pleurale donnant ou ayant donné récemment des lésions d'évolution ou d'activité ;

« 2° Limitation des lésions telle qu'on puisse espérer la reprise du travail habituel ;

« 3° Signes cliniques d'une tendance évolutive favorable. De plus, il doit y avoir absence de contre-indications médicales et sociales.

« On doit poser en principe que l'extrême misère, la débauche habituelle, l'ivrognerie, le vagabondage, la fainéantise, les infirmités définitives rendant le malade inapte au travail, sont une contre-indication absolue à l'admission en sanatorium.

« Les médecins qui proposent des malades pour un sanatorium ont donc à s'assurer que les malades ont des lésions tuberculeuses en *activité* (ou en évolution), et à évaluer la *quantité* et la *qualité* des lésions.

A. — NOTION D'ACTIVITÉ ACTUELLE OU RÉCENTE.

« Le sanatorium populaire n'est nullement destiné à prendre un tuberculeux au début de sa maladie pour le conserver jusqu'à sa guérison, ce qui demanderait un temps extrêmement long, et de plus exposerait à beaucoup de mécomptes, car bon nombre de tuberculeux, même soignés au début, ne guérissent pas ; le sanatorium populaire a pour fonction de venir efficacement en aide aux tuberculeux aptes à guérir, en les soignant *dans les périodes*, et *au décours des périodes d'activité évolutive* ; en d'autres termes, des lésions torpides immobilisées chroniquement ne sont pas une indication au maintien du malade au sanatorium ; *à fortiori* doit-on refuser l'admission à tout sujet simplement suspect de tuberculose, ou porteur de lésions tuberculeuses latentes, inactives ; ces malades sont seulement à surveiller par le dispensaire.

B. — NOTION DE QUANTITÉ OU D'ÉTENDUE DES LÉSIONS.

« La gravité d'une tuberculose pulmonaire, d'après les anciens cliniciens français, est en raison directe de la profondeur et de l'étendue des lésions : l'observation prolongée des malades en sanatorium confirme l'exactitude et l'importance de cette notion, qui a tellement été oubliée ou incomprise en France que l'immense majorité des propositions pour sanatorium n'en font pas mention.

« Nous nous servons à cet égard de la classification de Turban, qui est utile, sous la réserve formelle qu'on ne l'appliquera qu'aux formes fibro-caséeuses apyrétiques sans complications.

« Elle distingue 3 stades :

« STADE I : Lésions légères atteignant au plus en étendue le volume d'un lobe.

« STADE II : Lésions légères, plus étendues que celles du stade premier, mais ne dépassant pas le volume de deux lobes ; ou lésions graves intéressant au maximum le volume d'un lobe.

« STADE III : Toutes lésions plus étendues que dans le stade II.

C. — NOTION DE QUALITÉ.

« Il reste à préciser quelle est la forme morbide du malade et sa tendance évolutive...

« En possession de ces trois notions, nous sommes en mesure de donner des indications d'une précision suffisante sur les tuberculeux qu'on peut admettre en sanatorium et sur les conditions de leur admission.

« Nous diviserons les tuberculeux en 2 catégories :

« 1^o Les malades sanatoriabiles en première ligne, qui devront être pris avant tous les autres et pour lesquels il faut faire de la place dans les sanatoriums, en renvoyant les tuberculeux qui ne profitent pas de la cure, ou ceux qui sont en assez bon état pour reprendre leurs occupations;

« 2^o Les malades sanatoriabiles en seconde ligne, acceptables seulement si le nombre des lits le permet.

a) Malades sanatoriabiles en première ligne.

« 1. Convalescents d'incidents évolutifs récents, tels que pleurésie séro-fibrineuse banale, bronchite bacillaire éphémère, congestion pulmonaire ou spléno-pneumonie tuberculeuse, hémoptysie.

« 2. Malades atteints de tuberculose pulmonaire peu étendue à tendances scléreuses manifestes.

« 3. Tuberculeux à lésions fibro-caséuses banales en évolution peu étendue (stade I) sans complication, sans fièvre, sans particularité assombrissant notablement le pronostic.

« Pour les malades de ces 3 premiers groupes, on obtient de bons résultats éloignés, quelle que soit la catégorie sociale à laquelle appartient le malade.

« Pour les autres groupes, il faut tenir compte, en plus des indications médicales, de la *catégorie sociale* : on classera les individus en trois catégories sociales d'après leur métier plus ou moins pénible, de la catégorie 1 à travail manuel pénible à la catégorie 3, à travail intellectuel et sédentaire peu fatigant, en passant par la catégorie 2, à travail moyennement fatigant, les tuberculeux étant d'autant moins sujets aux rechutes que leur travail est moins pénible.

« 4. Tuberculeux à lésions fibro-caséuses banales en évolu-

tion sans fièvre ni complication, au stade II (atteinte légère de 2 lobes au maximum), appartenant à la catégorie sociale 3 (travail sédentaire).

b) *Malades sanatoriabiles en deuxième ligne.*

« 5. Les tuberculeux dans le même état que ceux du groupe précédent (4), mais appartenant à la catégorie sociale 2 (travail moyennement fatigant).

« 6. Les tuberculeux des catégories sociales 2 et 3 ayant des lésions fibro-caséuses étendues (stade III), mais dont la grande étendue est contre-balancée par des éléments nettement favorables et dont le début évolutif est relativement récent.

« Les éléments favorables sont : un état général satisfaisant, ou tout au moins se remettant vite en sanatorium, l'apyrexie, l'absence de tachycardie, l'absence de suppurations abondantes durables, l'absence d'une tendance extensive ou caséifiante des lésions déjà constituées, le bon état des fonctions digestives, l'absence de complications. »

Le Dr Kuss termine son article par l'étude de deux questions d'ordre pratique :

« A. — Doit-on exiger, pour l'admission sanatoriale, la présence de bacilles dans les crachats ?

« Aucun texte législatif n'impose une telle condition ; on peut seulement exiger la démonstration d'un processus bacillaire évolutif de la pleùve ou du poumon, ce qui élimine les faux tuberculeux, les suspects et les porteurs de scléroses pulmonaires inactives.

« A ce point de vue, la présence du bacille dans l'expectoration est un renseignement précieux. Mais inversement, dans de nombreux cas de tuberculoses pulmonaires avérées actives, on ne trouve pas de bacilles dans l'expectoration ; ce serait faire mauvaise besogne médicale et sociale que de refuser à ces malades le bénéfice d'une cure sanatoriale.

« B. — Doit-on accepter au sanatorium des tuberculeux fébricitants ? D'une manière générale, non ; mais les médecins des dispensaires peuvent cependant demander l'admission de sujets subfébriles légèrement touchés, ou convalescents d'un incident évolutif récent en bonne voie d'amélioration. En tout cas, on

a à procurer des courbes de température rectale aux commissions d'admission. »

Classement médico-social.

Il reste à parler d'un autre classement médico-social, celui qui est fait d'après les titres et la profession du tuberculeux. La législation, nous le verrons dans la deuxième partie, les a tous plus ou moins protégés, avantagés.

Tout le monde sait que l'Etat se reconnaît responsable de la tuberculose des militaires et anciens militaires, quand cette tuberculose a été constatée 3 mois au moins après l'incorporation.

On connaît aussi l'avantage que l'Etat fait à ses fonctionnaires en leur accordant des congés de longue durée pour tuberculose. *

On n'ignore pas que, quand la tuberculose est jugée accident de travail, la loi a décidé que le patron était responsable et que celui-ci, ou l'assurance de celui-ci, doit payer les frais de soins.

On sait encore que les pouvoirs publics ont décidé de faire les frais du traitement des indigents et des incurables.

D'autre part, d'après la loi du 5 avril 1928, les tuberculeux assurés sociaux ont leurs frais d'hospitalisation payés par leur caisse.

Enfin, les dispensaires d'hygiène ont des fonds qu'ils utilisent pour payer le prix de journées de certains de leurs malades hospitalisés dans des établissements de cure.

* * *

On voit de la sorte que tout individu, quelle que soit sa position sociale, et à quelque titre que ce soit :

pensionné de guerre,
pupille de la nation,
fonctionnaire,
accidenté du travail,
indigent,
incurable,
assuré social,

particulier pris en charge par le dispensaire d'hygiène
peut se soigner aussi bien que le permet la science à l'heure
actuelle.

Nous verrons dans la deuxième partie la législation qui
intéresse chacun d'eux.

DEUXIÈME PARTIE

La tuberculose au point de vue légal.

La lutte anti-tuberculeuse, considérée comme entreprise d'utilité publique, semble n'avoir pris naissance en France qu'au commencement du xx^e siècle, lorsque l'illustre Calmette fonda à Lille, en 1901, le premier dispensaire pour le dépistage et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Le 15 janvier 1904, une circulaire du ministère de l'Intérieur ouvrait modestement la lutte officielle contre la tuberculose, et prescrivit *l'isolement des tuberculeux* dans des salles spéciales, dans des quartiers spéciaux ou mieux dans des hôpitaux spéciaux ; cette circulaire spécifiait que les tuberculeux ne devaient pas être soignés dans les mêmes salles que les non-tuberculeux. La circulaire était si peu comminatoire que peu de commissions hospitalières se conformèrent à ses prescriptions. La lutte ne s'organisa qu'en pleine guerre, lorsqu'il fallut prévoir l'assistance aux militaires réformés (ou en instance de réforme) pour tuberculose ouverte.

La loi du 18 octobre 1915 ouvrit les crédits nécessaires, créa des hôpitaux et des stations sanitaires, ainsi que les comités d'assistance, qui sont devenus, depuis, les comités antituberculeux départementaux. Bientôt, Léon Bourgeois fit voter et promulguer la fameuse loi du 15 avril 1916, instituant des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse.

Depuis lors, les textes se succèdent. Pour mettre quelque clarté dans leur énumération, nous croyons utile de les classer en trois catégories :

- 1° la législation concernant le dispensaire d'hygiène sociale et son personnel : médecins et infirmières visiteuses ;
- 2° celle qui est relative aux sanatoriums et aux autres établissements où l'on soigne le tuberculeux ;
- 3° celle qui donne à certains malades les moyens pécuniaires pour se soigner (pensionnés de guerre, fonctionnaires, assurés sociaux, etc.).

Dans notre annexe, avant la bibliographie et les tables, on trouvera le texte intégral des deux lois essentielles :

sur les dispensaires, de 1916 ;

sur les sanatoriums, de 1919 ;

et celui du décret du 10 août 1920, avec ses nombreuses modifications jusqu'à ce jour.

Cet ensemble forme, nous pourrions dire, la charte de la lutte antituberculeuse.

I. — Lois, décrets et circulaires concernant les dispensaires d'hygiène sociale et leur personnel médical.

A. — TEXTES RELATIFS AUX ÉTABLISSEMENTS.

1° **Loi du 15 avril 1916**, instituant des *dispensaires* d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse.

Nous appelons particulièrement l'attention sur deux des articles de cette première loi, le premier et le dernier :

« ARTICLE 1^{er}. — Pourront être institués, dans les conditions prévues par la présente loi, des *dispensaires publics d'hygiène sociale* et de préservation antituberculeuse, qui seront spécialement chargés de faire l'éducation antituberculeuse, de donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, d'assurer et de faciliter aux malades atteints de maladies transmissibles l'admission dans les hospices, sanatoria, maisons de cure et de convalescence, etc. et, le cas échéant, de mettre à la portée du public des services de désinfection du linge, du matériel, des locaux et des habitations rendues insalubres par des malades. »

C'est nous qui soulignons les mots essentiels, pour mieux mettre en lumière l'intention du législateur, qui assignait, comme on voit, aux dispensaires d'hygiène sociale une triple mission :

- a) Faire l'éducation antituberculeuse du public ;
- b) Orienter les malades et assurer leur admission dans les divers établissements de cure ;
- c) Assurer, le cas échéant (quand ils ne sont pas assurés par ailleurs), des services de désinfection.

ARTICLE XI ET DERNIER. — Lorsque, pendant cinq années consécutives, le nombre des décès sur le territoire d'une ou de plusieurs communes dépassera la moyenne de la mortalité en France, *la création du dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse peut être déclarée obligatoire par décret*, les conseils municipaux entendus, sur l'avis conforme du Conseil Supérieur d'Hygiène publique, etc. *Dans le délai d'un mois à partir de la publication du décret, les conseils municipaux seront mis en demeure de procéder à la création*, et, en cas de refus ou d'absence de délibération pendant le délai de trois mois, il y sera pourvu d'office par arrêté préfectoral. »

A notre connaissance, cet article XI n'a jamais joué, les dispensaires s'étant multipliés très vite.

Les articles 8 et 9 de la loi du 15 avril 1916 réglementent l'un les dispensaires mutualistes, l'autre les dispensaires privés. Ces dispensaires bénéficient de subventions communales, départementales, d'Etat ou d'établissements publics, s'ils ont sollicité l'agrément du Préfet. Mais ils sont alors soumis à l'inspection du service d'hygiène.

Le nombre des dispensaires créés en vertu de cette importante loi s'élève, en 1936, à 822, dont 33 à Paris, 30 en banlieue, 747 dans les départements (Corse comprise), 6 en Algérie, 6 dans les Colonies et pays de protectorat.

2° Circulaire ministérielle du 31 juillet 1917 sur les dispensaires, signée Malvy, commentant longuement le texte de la loi Léon Bourgeois du 15 avril 1916 (applicable seulement à partir du 17 avril 1919), et le rapport présenté

à la Chambre par M. Honnorat, lors de la discussion de cette loi.

Cette circulaire représente, pour l'interprétation et l'application de la loi sur les dispensaires, ce que représente le décret du 10 août 1920 pour la mise en pratique de la loi sur les sanatoriums.

B. — TEXTES CONCERNANT LE PERSONNEL DES DISPENSAIRES :
MÉDECINS ET INFIRMIÈRES VISITEUSES.

1° **La circulaire du 8 décembre 1921**, signée Leredu, a trait à la nomination de médecins-chefs des dispensaires spécialisés ;

2° **Le décret du 27 juin 1922**, modifié par celui du 18 juillet 1924, a réglementé les écoles d'infirmières et institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière de l'Etat français. Il y a notamment un diplôme spécial pour les infirmières visiteuses d'hygiène social. Durée des études : 22 mois.

3° **La circulaire du 15 février 1926**, signée Durafour, concerne les dispensaires et écoles d'infirmières visiteuses, sollicitant subvention.

II. — **Lois, décrets et circulaires
concernant les sanatoriums et leur personnel médical,
ainsi que les autres établissements hospitaliers
pour tuberculeux.**

A. — TEXTES RELATIFS AUX ÉTABLISSEMENTS.

1° **Loi du 7 septembre 1919**, dite « Loi Honnorat », (modifiée, pour son article 5 par l'article 139 de la loi de finances du 21 décembre 1921), instituant des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose et fixant les conditions d'entretien des malades dans ces établissements.

Nous donnerons ci-après, aux « documents annexes », comme nous l'avons dit, le texte intégral actuel de cette seconde loi. Mais nous appelons particulièrement l'attention sur trois de ses articles, le 1^{er}, le 5^e et le 7^e.

« ARTICLE 1^{er}. — Les sanatoriums publics sont des *établissements spécialement destinés au traitement de la tuberculose* et dont la gestion est assurée par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics. L'Etat participe aux dépenses de fonctionnement de ces établissements.

« Les établissements du même genre, gérés par les associations reconnues d'utilité publique, ou les sociétés ou unions de sociétés de secours mutuels, pourront être *assimilés aux sanatoriums publics* et bénéficier, à ce titre, des dispositions prévues par la présente loi. »

« ARTICLE 5. — (Ainsi modifié par la loi du 31 décembre 1921, article 139). Les départements qui ne possèdent pas de sanatoriums où puissent être hospitalisés par leurs soins les tuberculeux relevant du service départemental de l'assistance médicale gratuite seront tenus, dans un délai de dix ans à partir de la promulgation de la présente loi, d'assurer cette hospitalisation en passant un traité, à cet effet, avec un sanatorium public, ou, à défaut, avec un sanatorium privé.

« Si le Conseil Général n'a pas pris, dans le délai imparti ci-dessus, de délibération réglant la matière, il y sera pourvu par décret pris après avis du Conseil d'Etat.

« Dans le cas où un département traite avec un sanatorium privé, le traité devra être approuvé par arrêté du ministre de l'Intérieur, qui fixera le prix de la journée d'entretien de ces malades, ledit prix étant revisable tous les ans.

« L'Etat participera au paiement des dépenses d'entretien des malades, ainsi admis dans les sanatoriums privés, dans les conditions prévues à l'article 3 de la présente loi.

« ARTICLE 7. — Les sanatoriums privés sont les établissements destinés au traitement de la tuberculose, créés soit par des collectivités, sociétés ou associations, en dehors des conditions prévues par l'article 1^{er} de la présente loi, soit par des particuliers.

« Le décret prévu aux paragraphes 1 et 2 de l'article 4 de la

présente loi déterminera également les conditions techniques et hygiéniques d'établissement et de fonctionnement à imposer aux sanatoriums privés, ainsi que les conditions dans lesquelles s'exercera, sur ces établissements, la surveillance de l'autorité publique.

« Les sanatoriums privés restent libres du choix de leurs médecins. Toutefois, ceux qui auront des traités en cours avec les départements, en conformité de l'article 5 de la présente loi, *ne pourront*, sous peine de résiliation, *modifier leur direction médicale* qu'avec l'agrément exprès des Préfets des départements contractants, à moins qu'ils ne la confient à l'un des médecins recrutés dans les conditions du paragraphe 3 du décret prévu à l'article 4. »

269 sanatoriums sont ouverts en France (métropole et colonies) en 1936, dont 154 pour pulmonaires, 66 maritimes et 19 hospices, contenant en tout 39.132 lits.

214 préventoriiums avec 20.179 lits.

163 sanatoriums sont agréés par le Ministère ; ils comprennent 19.000 lits pour tuberculeux pulmonaires et 10.000 lits pour tuberculeux osseux et ganglionnaires.

La liste de ces établissements est tenue à jour par catégories et département, au Service de la Statistique du Comité National de défense contre la tuberculose.

2° Décret du 10 août 1920 relatif à l'établissement, au fonctionnement et à la surveillance des sanatoriums.

C'est le troisième en date des textes officiels qui constituent en quelque sorte la « charte de la tuberculose ». Il est à peine moins important que les deux premiers, puisque c'est le décret prévu à l'article 4 de la loi de 1919, et qu'il règle par conséquent tous les détails techniques de son exécution. Aussi, a-t-il été, au cours de ces quinze dernières années, l'objet de modifications incessantes. En fait, tous les décrets ultérieurs d'intérêt général que nous allons énumérer, n'ont eu pour but, comme on va le voir, que d'apporter des modifications à tel ou tel article du décret du 10 août 1920.

3^e Décrets du 20 novembre 1923 et du 24 juillet 1924 modifiant les articles 13 et 14 du décret du 10 août 1920.

Ils règlent l'un, l'admission des malades en sanatoriums, l'autre, leur sortie. Ils sont naturellement fort longs, étant d'une importance capitale.

Nous ne citerons que les premières lignes de chacun d'eux, afin seulement que l'on voie comment, par tâtonnements, utilisant l'expérience acquise, l'on a amélioré, par étapes, la procédure des admissions en sanatoriums et celle des sorties.

« 1920 : ARTICLE 13. — Dans les sanatoriums publics, l'admission des malades énoncés dans l'article 3 de la loi sera prononcée par le préfet compétent et, dans les autres cas, par le représentant qualifié de la collectivité dont relève le sanatorium, dans un délai inférieur à deux semaines *après production d'un certificat du médecin traitant ou d'un médecin de dispensaire, sur proposition du médecin chef du sanatorium...*

« ARTICLE 14. — La sortie des malades *sera réglée par le médecin-chef* d'après les considérations médicales, sociales et disciplinaires...

« 1923 : ARTICLE 13. — Dans les sanatoriums publics, l'admission des malades énoncés dans l'article 3 de la loi sera prononcée par le préfet compétent et dans les autres cas par le représentant qualifié de la collectivité dont relève le sanatorium. La demande est adressée à la préfecture dans les huit jours qui suivent la réception à la préfecture du dossier..., les demandes d'admission sont classées dans un ordre déterminé par un règlement... toutes les demandes sont transmises avec le classement proposé, à l'autorité qualifiée pour prendre la décision...

« ARTICLE 14. — La sortie des malades est *décidée*, sur la proposition motivée du médecin-chef de sanatorium, par *l'autorité qui a prononcé l'admission...*

« 1924 : ARTICLE 13. — Dans les sanatoriums publics, l'admission des malades énoncés dans l'article 3 de la loi sera prononcée par le préfet et dans les autres cas par le représentant qualifié de la collectivité dont relève le sanatorium. La demande est adressée à la préfecture... Au cours du premier

mois de cure, le médecin-directeur décidera s'il y a lieu de maintenir le malade au sanatorium.

« ARTICLE 14. — La sortie sera prononcée par le médecin-directeur, qui avisera immédiatement le préfet compétent ou le représentant de la collectivité intéressée qui a obtenu l'admission. »

4° Décret du 11 octobre 1924, modifiant le chapitre II du décret du 10 août 1920 (et, plus exactement, *dédoublant* ce chapitre : « Conditions techniques que devront remplir les sanatoriums publics ou établissements assimilés »).

L'ancien texte de ce chapitre II, articles 7, 8, 9, 10, 11 et 12, n'est modifié qu'en un point de l'article 8 (pour prescrire une plus rigoureuse séparation des sexes); mais ce chapitre reçoit un sous-titre général : « Section I : *sanatoriums destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire.* » Et l'on ajoute à la suite une *section II*, intitulée : « *Sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires* » et comprenant aussi six articles, numérotés 12 *bis*, 12 *ter*, 12 *quater*, 12 *quinquies*, 12 *sexies*, et 12 *septies*. Le simple intitulé de cette « seconde section du chapitre II » suffit à révéler combien, entre 1919 et 1924, la notion des nécessités de la lutte antituberculeuse s'est précisée et complétée dans l'esprit du législateur.

Ce même décret comportait en outre, comme nous venons de le dire, une légère modification du texte de l'article 8, relatif à la séparation des sexes; nous n'y insistons pas, car le décret suivant a, comme on va le voir, de nouveau modifié la rédaction de ce même article.

5° Décret du 14 décembre 1927, sur l'organisation des sanatoriums, modifiant les articles 8, 28, 29 et 37 du décret du 10 août 1920.

Le nouveau texte de l'article 8 atténue d'un conciliant « autant que possible » (qui sera d'ailleurs énergiquement supprimé par le décret du 30 mai 1932), la rigoureuse séparation des sexes qu'avait apportée le décret du 11 octobre 1924. Elle devient pour cette période de cinq années, 1927 à 1932 :

« ARTICLE 8. — Les sanatoriums publics seront, *autant que*

possible, réservés à des malades du même sexe. Lorsqu'on les utilisera comme sanatoriums mixtes, on devra réserver à chaque sexe des bâtiments séparés situés *à distance* les uns des autres et ayant chacun un lieu de promenade distinct. »

En revanche le nouveau texte de l'article 37 soumet les sanatoriums privés aux dispositions de cet article 8, qui jusqu'alors ne leur était pas applicable.

Les nouveaux articles 28 et 29, relatifs à la commission de dix membres chargés d'examiner les titres des candidats aux fonctions de médecin-adjoint et de médecin chef simplifient pour le Ministre de la Santé Publique, les moyens de nomination :

a) Pour les membres pris parmi les médecins de la commission permanente, la précision « pris à tour de rôle par voie de tirage au sort sur la liste des médecins spécialisés de cette commission » devient « désignés par le ministre » ;

b) Le paragraphe « Ces cinq médecins ne peuvent faire partie de deux concours successifs » disparaît ;

c) De même, à la fin de l'article 29, la phrase : « Elle ne peut valablement délibérer sans la présence d'au moins six de ses membres » a été rayée.

6° Décrets du 16 janvier 1931 et du 11 février 1931 sur l'édification des sanatoriums, modifiant l'article 3 du décret du 10 août 1920.

Ces deux nouveaux décrets (dont le second n'est qu'une mise au point du premier), portent de 12 à 21 le nombre des membres du Comité technique institué auprès du Ministère de la Santé publique pour l'examen des projets de sanatoriums.

7° Décret du 30 mai 1932, sur l'organisation des sanatoriums, modifiant les articles 1, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 37, 38, 39 et 40 du décret du 10 août 1920.

Ce titre montre assez qu'il s'agit cette fois d'une refonte générale de la réglementation en vigueur. Une expérience

de douze années a évidemment fait comprendre au législateur, la nécessité de multiplier les précisions et les précautions, surtout en ce qui concerne l'aménagement des locaux.

Ainsi, avec les anciens articles 3 et 38, le philanthrope ou la collectivité qui désirait créer un sanatorium adressait à l'administration un dossier de six pièces pour un sanatorium public ou assimilé, de quatre pour un privé ; les nouveaux articles 3 et 38 exigent un dossier de quatorze pièces pour la première catégorie, de treize pour la seconde.

Chaque modification des autres articles est de même inspirée par le désir, tout à l'honneur de nos législateurs hygiénistes, de boucher, autant qu'il est humainement possible avec de simples règlements, toutes les fissures par où l'esprit de lucre, la malfaçon, l'incurie, ou même seulement la fantaisie, pourraient tenter de se glisser dans l'édifice antituberculeux. Malheureusement la loi est encore tournée trop facilement, puisqu'il suffit à un sanatorium privé de s'appeler « hôtel » pour échapper à toute réglementation comme à toute surveillance.

On pourra juger de la minutie des précautions prises pour le bon fonctionnement des sanatoriums véritables, car le troisième des « Documentés annexes » qu'on trouvera à la fin de cette étude, est le texte intégral du décret du 10 août 1920, tel qu'il a force de loi en 1935, c'est-à-dire *compte tenu de toutes les modifications* prescrites par les divers décrets que nous venons de passer en revue.

8° Circulaire du 15 avril 1926 interprétant la loi du 7 septembre 1919 au sujet des placements en sanatoriums des malades visés au paragraphe 3 de l'article 3 de la loi du 7 septembre 1919, c'est-à-dire des malades non inscrits à l'A. M. G. (Assistance Médicale Gratuite) et proposés pour un dispensaire d'hygiène sociale. Ils ne doivent être placés que dans des sanatoriums publics, ou privés assimilés. L'admission doit donc être prononcée par le Préfet du Département siège du sanatorium. Enfin, il est recom-

mandé aux dispensaires de faire payer en partie ou en totalité le prix de journée de sanatorium aux malades qui le peuvent. C'est au dispensaire qu'incombe le soin d'acquitter la totalité des sommes dues au sanatorium. Le dispensaire récupère la part qui peut incomber au malade ou à l'Etat.

9° Circulaire du 20 avril 1926 sur les placements en préventorium (celui de Camiers, par Etaples, Pas-de-Calais), spécifiant que les enfants relevant du préventorium sont bien des malades et qu'on peut donc leur appliquer la loi du 15 juillet 1893.

10° Circulaire ministérielle du 2 février 1929 signée Oberkirch, sur les états à fournir au Ministère de l'Hygiène par les Préfets pour les hospitalisés en sanatoriums.

11° Loi du 5 décembre 1922 sur les habitations à bon marché.

« ARTICLE 32 (modifié par la loi du 30 mars 1929, art. 70). — Les Sociétés et les Unions de Sociétés de Secours Mutuels, lorsqu'elles organiseront un dispensaire dans les conditions de la loi du 15 avril 1916, bénéficieront, ainsi que les dispensaires publics et les dispensaires privés visés à l'article 9 de la dite loi, de prêts au taux de 2 %, dans les conditions prévues aux articles 22, 23, 24 et 25 de la présente loi. Les départements, les communes et autres collectivités qui seront dans l'obligation de recourir à l'emprunt pour participer à la création, à l'agrandissement, ou à l'aménagement d'un sanatorium ou d'un préventorium public bénéficieront des mêmes facilités de crédit. »

12° Circulaire ministérielle du Ministre du Travail et de l'Hygiène, du 2 février 1929, signée Loucheur, sur les subventions à accorder pour création ou aménagement de sanatorium. L'Etat ne participera aux frais que jusqu'à concurrence de 15 % en argent au lieu de 50 %, mais fournira 25 % en nature et des prestations remboursables (pour 15 %) en 35 ans ; la circulaire est applicable aussi aux préventoriums et aux hôpitaux.

13° Loi du 9 janvier 1930 où il est question des ententes et institutions interdépartementales pour aménagement de sanatoriums interdépartementaux.

14° Décret-loi du 31 octobre 1935. — Les sanatoriums privés ne peuvent s'ouvrir qu'avec l'autorisation de l'Etat.

B. — DÉCRETS INTÉRESSANT LE PERSONNEL MÉDICAL
OU AUXILIAIRE DES SANATORIUMS

1° Le décret du 29 septembre 1922 (modifié par ceux du 14 février 1924, 15 avril 1926, 29 décembre 1926, 23 juillet 1930), fixe le statut des médecins de sanatoriums publics et leur traitement.

2° Le décret du 23 juillet 1930, actuellement en vigueur, répartit les médecins-directeurs en cinq classes, dont les traitements s'échelonnent de 39.000 à 52.000 francs ; et les médecins adjoints en 4 classes, allant de 22.000 à 36.000 francs.

3° Le décret du 15 juin 1923 est relatif aux retraites des médecins de sanatoriums publics.

III. — Mesures générales d'hygiène et de préservation
contre la tuberculose.

1° Loi du 15 février 1902, relative à la *protection de la santé publique* ; modifiée quant à son application au département de la Seine par la loi du 7 avril 1903, modifiée par le décret-loi du 30 octobre 1935.

2° Arrêté du 18 février 1902 relatif au mode de *déclaration des maladies* déterminées par la loi du 15 février 1902.

3° Décret du 15 avril 1926 portant introduction de la loi du 15 février 1902 en *Alsace et Lorraine*.

4° Décret du 10 février 1903, modifié plusieurs fois, notamment par ceux du 28 septembre 1916 et du 21 juil-

loi 1929, sur les *maladies contagieuses à déclarer* : 17 maladies que les médecins *doivent* déclarer et 7 dont la déclaration est *facultative*, à savoir d'abord la *tuberculose pulmonaire*, ensuite la coqueluche, la grippe, la pneumonie, l'érysipèle, les oreillons et la teigne ; la lèpre, qui était à déclaration facultative jusqu'en 1926, devient à déclaration obligatoire à cette époque, par décret. Mais la tuberculose, elle, reste à déclaration facultative.

La désinfection n'est obligatoire que pour les maladies de la première catégorie. Pour ceux de la deuxième, il est procédé à la désinfection des locaux et du linge, après entente avec les intéressés, soit sur la déclaration des praticiens visés à l'article 5 de la loi du 15 février 1902, soit à la demande des familles, des chefs de collectivité, des administrations hospitalières, etc, ou des bureaux d'assistance, sans préjudice de toutes autres mesures prophylactiques déterminées par le règlement sanitaire de l'article 1^{er} de la dite loi.

5° Vaccination antituberculeuse : Circulaire du Ministre du Travail et de l'Hygiène du 25 septembre 1924, recommandant de faire pratiquer la vaccination B. C. G. aux nouveau-nés confiés à l'Assistance Publique.

6° Décret-loi du 30 octobre 1935 prescrivant la codification des lois et des règlements sur l'hygiène publique en vue de leur vulgarisation.

IV. — Ensemble de lois jouant pour le tuberculeux suivant son état et sa catégorie sociale.

1° Loi du 15 juillet 1893 qui a remplacé le décret-loi du 24 Vendémiaire an II, sur l'*Assistance Médicale et gratuite*.

« ARTICLE 1^{er}. — Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours (1), l'Assistance médi-

1. Le domicile de secours est *communal* si l'indigent y habite 1 an au moins après sa majorité, ou par filiation (l'enfant a le domicile de son père,

cale à domicile, ou s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, *dans un établissement hospitalier*.

« Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine. »

Or, les sanatoriums ont été considérés comme établissements hospitaliers depuis 1919, et aussi les préventoriums depuis la circulaire Oberkirch du 2 février 1929. Cette loi joue très souvent pour le tuberculeux, même celui d'une classe qui ne paraît pas indigente, mais qui, en fait, ne peut faire les frais d'un séjour toujours long en établissement de cure.

Le deuxième paragraphe cité concerne les étrangers malades en France. Il y a actuellement six pays qui ont passé un contrat d'assistance mutuelle avec la France : Italie, Pologne, Belgique, Luxembourg, Espagne, Suisse (1).

2° Loi du 14 juillet 1905 sur l'Assistance aux vieillards infirmes et incurables. Cette loi joue pour les tuberculeux incurables soit par l'assistance à domicile, soit par l'hospitalisation dans les hôpitaux et hospices. Les frais sont réglés comme pour l'A. M. G., par la commune, le département ou l'Etat, suivant le domicile de secours.

3° Loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. Le patron est tenu à la réparation.

4° La loi du 25 octobre 1919 a assimilé aux accidents de travail parmi d'autres maladies professionnelles, « les affections pulmonaires déterminées par l'absorption de certaines poussières ».

ou de sa mère s'il est fils naturel), ou par mariage (la femme acquiert le domicile de son mari, du jour de son mariage). Le domicile de secours est départemental, si l'indigent a habité dans plusieurs communes du même département pendant cette dernière année.

Il est d'Etat si l'indigent ne peut être rattaché à aucune commune ou aucun département.

1. Nous venons d'apprendre qu'une circulaire ministérielle du 5 décembre 1935 signée Ernest Lafont, autorise la prise en charge et le placement en sanatorium aux frais de l'Etat des *tuberculeux étrangers indigents*, sans distinction de nationalité. Nouveau progrès de notre législation.

La tuberculose est comprise dans ces affections pulmonaires. Si l'expert reconnaît que la tuberculose a été provoquée par le travail, les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, l'indemnité journalière (demi-salaire), sont payés par le patron suivant les modes et tarifs de la loi du 6 juillet 1920, du 12 avril 1922, et des arrêtés ministériels du 5 février 1932 et du 13 février 1933.

Le fait d'être assuré social, n'empêche pas la loi du 9 avril 1898 de jouer. L'ouvrier atteint d'une maladie professionnelle peut se faire soigner soit en vertu de la loi sur les accidents du travail, soit en vertu de celle sur les assurances sociales ; mais sa caisse d'assurance sociales sera subrogée (1) dans les droits de son assuré, vis-à-vis de l'employeur tenu à la garantie du risque professionnel (article 60 de la loi sur les assurances sociales).

5° **Loi du 5 avril 1928** remaniée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930, **sur les assurances sociales**. Depuis, chaque année, elle a subi des modifications par les lois du 31 mars 1931, du 28 juillet 1931, du 31 mars 1932, du 31 mai 1933, du 28 février 1934. Un décret-loi vient encore de la transformer, le 31 octobre 1935.

Cette loi joue constamment pour le tuberculeux, soit par l'assurance maladie, soit par l'assurance invalidité.

a) *Assurance maladie.*

ARTICLE 1^{er}. — Sont à l'assurance obligatoire (2) tous les salariés dont la rémunération annuelle ne dépasse pas 15.000 francs. Ce chiffre est porté à 18.000 francs pour les villes de plus de 200.000 habitants ; il est augmenté quand le salarié a des enfants, et ne peut dépasser 25.000 francs. Les

1. Subrogée : l'assuré accidenté de travail peut se mettre sous la tutelle de sa caisse d'assurance, celle-ci paye alors les frais de maladies, mais se charge de se faire rembourser ses dépenses par le patron responsable ou l'assurance-accident de celui-ci.

2. Assurance obligatoire : les patrons sont obligés d'inscrire à une caisse d'assurance leurs salariés quand leurs rémunérations ne dépassent pas une certaine somme.

étrangers (paragraphe 4 de cet article 1^{er}), sous réserve des conventions diplomatiques, ayant leur résidence réelle et permanente en France et qui y travaillent dans des conditions régulières depuis trois mois, bénéficient des prestations (1) prévues par la présente loi, à l'exception des allocations (2) et des fractions de pensions imputables sur les fonds de majoration et de solidarité créées par la présente loi.

Paragraphe 5 du même article 1^{er}. — Les salariés étrangers travaillant en France depuis 3 mois et habitant à l'étranger bénéficieront, s'il a été passé à cet effet une convention avec leur pays d'origine, du régime du paragraphe 4 ci-dessus.

Le salarié était classé dans une des cinq catégories suivant son salaire et ses cotisations.

ARTICLE 4. — L'assurance maladie couvre les frais de médecine générale et spéciales, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de *traitement dans un établissement de cure*, les frais de transport, d'interventions chirurgicales, nécessaires pour l'assuré, son conjoint leurs enfants à charge non salariés, âgés de moins de 16 ans, et les pupilles de la nation remplissant les mêmes conditions, dont l'assuré est tuteur.

Cependant ne bénéficie pas des prestations prévues le conjoint d'un ou d'une assurée obligatoire, lorsque son revenu commercial déclaré dépasse le maximum prévu à l'article 37.

L'assuré choisit librement son médecin.

La participation de l'assuré aux frais médicaux est fixée à 15 ou 20 % suivant sa catégorie ; sa participation aux frais pharmaceutiques est uniformément fixée à 15 %.

Paragraphe 10 de l'Article 4. — Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

ARTICLE 5. — L'assuré malade a droit à partir du 6^e jour de maladie jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'expiration des

1. Prestations : valeurs en espèce et en nature dues à l'assuré malade par sa caisse d'assurance.

2. Allocation : l'assuré malade reçoit par jour ouvrable son salaire, ou une partie s'il est hospitalisé, l'allocation est cette somme d'argent.

6 mois prévus à l'article 4, à une indemnité par jour ouvrable égale à la moitié du salaire de base de sa catégorie ; mais il n'a droit à ces prestations que s'il est immatriculé depuis 3 mois au moins.

ARTICLE 6. — L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de sa caisse d'assurance.

En cas d'hospitalisation, les frais à supporter par la caisse, abstraction faite des honoraires médicaux, seront contenus dans les limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'Assistance publique à l'égard des malades admis au tarif le plus bas des malades payants.

L'allocation à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite en cas d'hospitalisation : du tiers si l'assuré a un enfant de moins de 16 ans, ou un ascendant à sa charge ; de moitié s'il est seulement marié, des 3/4 dans les autres cas.

b) *Assurance invalidité.*

L'assurance invalidité joue après les 6 premiers mois de maladie.

ARTICLE 10. — A l'expiration des 6 mois d'assurance maladie, l'assuré restant encore atteint d'une affection ou infirmité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail a droit à la pension d'invalidité, d'abord à titre provisoire, puis, s'il y a lieu, à titre définitif.

Actuellement le barème d'invalidité est le même que celui en usage pour les pensions de guerre.

La pension est de 40 à 50 % du salaire moyen annuel, calculé à partir de l'âge de 16 ans, selon le temps pendant lequel le malade a cotisé, quand l'immatriculation a été faite avant l'âge de 30 ans. Elle ne peut être inférieure à 600 fr. par an.

ARTICLE 11. — Pour en bénéficier, il faut être immatriculé depuis deux ans, avant la maladie origine d'invalidité,

et avoir versé un minimum de 480 cotisations journalières pendant les deux dernières années.

ARTICLE 12. — La pension invalidité est établie à titre provisoire pour une durée de 5 ans ; au bout de cette période on statue à nouveau pour une nouvelle période de 5 ans, après laquelle l'assuré continue à toucher sa pension seulement si son incapacité de travail est supérieure à 50 %.

Dans la première période de 5 ans, l'assuré continue à bénéficier des prestations médicales et pharmaceutiques comme pendant les 6 premiers mois de sa maladie.

La demande de pension doit comprendre un certificat médical détaillé et être adressé à sa caisse maladie.

6^e Loi du 1^{er} avril 1898, puis du **15 août 1923**, régissant les *sociétés de secours mutuels*. Ces sociétés embrassent toutes les formes de prévoyance, en particulier les secours aux malades et aux infirmes.

Il y a trois sortes de sociétés :

- 1) reconnues d'intérêt public ;
- 2) approuvées ;
- 3) libres.

Les caisses de ces sociétés depuis la loi des assurances sociales sont dites « caisses primaires », les assurés sociaux sont libres d'en faire partie s'ils les préfèrent aux caisses départementales officielles.

7^e Textes relatifs aux pensionnés tuberculeux.

- A. Sur les pensions ;
- B. Sur les soins médicaux ;
- C. Sur l'hospitalisation du pensionné ;
- D. Sur la rééducation.

A. TEXTES SUR LES PENSIONS.

a) *La loi du 31 mars 1919* a proclamé le principe du droit à la réparation due aux militaires, marins, affectés

d'infirmités résultant de la guerre 1914-1918. Cette loi joue pour les militaires et marins du temps de paix et pour ceux de la guerre du Maroc et pour les militaires de carrière. La demande de pension doit être faite, pour être écoutée, dans les 5 ans qui suivent le retour dans les foyers. Cependant, pour les militaires de la guerre, ce délai de 5 ans a été prorogé sous certaines réserves [la présomption d'origine ne joue plus : l'intéressé doit faire la preuve que son affection est bien imputable à la guerre 1914-1918 (loi du 9 janvier 1926)]. Une nouvelle prorogation des délais de mise en instance pour les victimes de la guerre, par décret-loi du 30 octobre 1935, repousse ces délais jusqu'au 30 juin 1936 : les blessés de guerre et gazés non encore pensionnés, ont le droit de se mettre en instance de pension. Il y a lieu de remarquer que le droit à demander une révision pour aggravation joue pendant toute la vie du pensionné de guerre.

L'article 5 de la loi du 31 mars 1919 se rapporte à l'origine de l'infirmité : la présomption d'origine suffit.

« Toutes les maladies constatées chez un militaire ou marin pendant la période où il a été incorporé ou pendant les six mois qui ont suivi son renvoi dans ses foyers, *sont présumées*, sauf preuve contraire, avoir été contractées ou s'être aggravées par suite de fatigues, dangers ou accidents du service. »

b) *Par la loi du 28 février 1933*, la présomption d'origine accordée par l'article 5 de la loi du 31 mars 1919, a été supprimée pour les militaires et marins du temps de paix et de la guerre du Maroc. Pour ceux-ci, il faut démontrer l'imputabilité à un fait précis de service et non aux fatigues du service en général.

Le guide-barème annexé au décret du 29 mai 1919, classe la tuberculose en plusieurs cas suivant la gravité, de 10 à 90 %.

c) *Par décret du 17 octobre 1919*, modifié dans son article 1^{er} par le décret du 8 août 1924, ce guide-barème est transformé.

ARTICLE 1^{er}. — Par modification au guide-barème annexé au décret du 29 mai 1919 et en vue d'assurer, par le repos et les soins indispensables, le traitement de la tuberculose pulmonaire confirmée, l'évaluation de cette maladie sera, quel qu'en soit le degré de gravité, porté à 100 %, avec pension temporaire ou définitive dans les conditions prévues de l'article 7 (au bout de 4 ans de pension temporaire, celle-ci devient définitive ou est supprimée) de la loi du 31 mars 1919.

Le taux de 100 % sera attribué dans les trois éventualités suivantes :

- 1° L'examen médical décèle à la fois des signes cliniques et la présence de B. K. dans l'expectoration ;
- 2° L'examen bactériologique décèle dans l'expectoration des B. K., les signes cliniques étant discrets ou même momentanément absents ;
- 3° L'examen bactériologique ne décèle pas dans l'expectoration des B. K., mais il existe des signes cliniques certains.

Dans ces deux derniers cas, il sera toujours procédé, dans un délai de 30 jours à dater de l'examen des experts, à un complément d'expertise confié à un surexpert qualifié. Celui-ci pourra prescrire une hospitalisation ne dépassant pas 4 jours et pendant laquelle il préparera, par des examens qu'il jugera convenables, y compris l'inoculation à l'animal d'expérience, son certificat de surexpertise. Ce certificat sera transmis au Centre spécial de réforme dans un délai n'excédant pas deux mois. La Commission de réforme présentera immédiatement ses propositions.

En cas de contestation, les candidats à pension, non proposés pour une pension de 100 %, seront sur leur demande soumis à la surexpertise.

La liste des surexperts qualifiés sera arrêtée par le Ministre des Pensions.

ARTICLE 2. — En ce qui concerne les autres localisations de la tuberculose, les évaluations prévues dans les divers

guides-barèmes pourront être majorées selon l'importance des lésions ; mais seulement après examen supplémentaire approfondi d'un spécialiste qualifié (médecin ou chirurgien selon le cas) démontrant la nature tuberculeuse de ces lésions, la gravité de leur évolution et la nécessité du repos.

d) *L'instruction en date du 14 août 1924*, pour l'application du décret du 8 août 1924, après avoir établi le rôle du surexpert, et toutes les recherches qu'il doit faire, termine :

« Il va de soi qu'une amélioration passagère, ou l'absence momentanée d'un symptôme primordial ne doit pas entraîner un pourcentage inférieur à 100 %, sous réserve évidemment qu'il s'agit bien de tuberculose. »

e) *Le décret du 16 juin 1925* fixe le pourcentage d'invalidité dû aux tuberculoses osseuses et articulaires.

1° Lorsque les lésions de tuberculoses osseuses ou articulaires ne sont pas consolidées, quelle qu'en soit la localisation et quel qu'en soit le degré de gravité, il doit être attribué un pourcentage d'invalidité de 100 %.

2° Lorsque les lésions de tuberculose osseuse ou articulaires sont consolidées, il convient de déterminer le pourcentage correspondant à l'invalidité réelle ; et pour tenir compte de la nature particulière de l'affection, ce pourcentage est majoré de 10, 15, 20 %, suivant que l'intéressé paraîtra tenu à plus ou moins de ménagements.

f) *Le décret du 17 juillet 1931* est ainsi conçu :

Les dispositions du décret du 8 août 1924 sont applicables à toutes les tuberculoses viscérales.

g) *La loi du 31 mars 1919* fixe des pensions de base et des allocations aux grands invalides : allocations variant suivant le genre et le degré de l'invalidité.

h) *La loi du 13 juillet 1925* article 194 modifiée par plusieurs autres dont la dernière en date est celle du 31 mars 1931, fixe des majorations de ces pensions de base : suppléments temporaires de 140 %.

i) Par le *décret-loi du 4 avril 1934*, « il est retenu 3 % au profit du Trésor, sur le montant des sommes dues au titre de pensions, retraites, et suppléments concédés ou accordés en vertu des lois du 31 mars 1919, 24 juin 1919, 17 avril 1923 et textes subséquents. Toutefois les allocations aux grands invalides sont exemptées de cette retenue.

j) Le *décret-loi du 16 juillet 1935* réduit à 100 % le taux du supplément temporaire pour les non-titulaires de la carte de combattant, c'est-à-dire, pour les pensionnés du temps de paix ou de la guerre du Maroc. Les intéressés subissent, d'autre part, le prélèvement de 10 %.

B. TEXTES RELATIFS AUX SOINS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX ET PHARMACEUTIQUES.

a) D'après l'article 64 de la *loi du 31 mars 1919*, les bénéficiaires de la loi ont droit leur vie durant aux soins nécessités par la blessure ou la maladie qui a motivé la pension. Ils possèdent des carnets de soins, quand ils ne sont pas hospitalisés aux frais de l'Etat.

La réglementation en vigueur au sujet de ces soins se trouve dans les décrets du 25 octobre 1922 et du 8 juillet 1924.

b) La *loi du 13 juillet 1925*, article 198 (modifié par l'article 71 de la loi du 31 mars 1931) dit que :

« Tout pensionné à 100 % pour tuberculose non-hospitalisé dans un sanatorium ou un hôpital, aura droit à une indemnité temporaire de 10.000 francs par an pour lui permettre de se soigner sous la surveillance des organismes antituberculeux et à condition qu'il cesse tout travail. L'indemnité ne se cumulera pas avec l'allocation aux grands invalides. »

Le décret du 25 août 1925 fixait les conditions d'attribution de l'indemnité de 10.000 fr.

c) Le *nouveau décret-loi du 30 octobre 1935* spécifie que

cette indemnité ne sera versée au pensionné que s'il se soumet aux directives du dispensaire (notamment sera supprimée au pensionné qui, continuant à cohabiter avec des enfants de moins de 16 ans, refuserait en cas de danger de contagion de les placer lui-même ou de les confier à des œuvres de lutte antituberculeuse).

Ce décret était attendu depuis longtemps des phthisiologues.

C. TEXTES RELATIFS A L'HOSPITALISATION
DES PENSIONNÉS TUBERCULEUX.

a) *Loi du 21 juillet 1922*, paragraphe 6, loi du 30 mars 1923, article 22, sur le prix de journée à payer par l'Etat à l'établissement hospitalier.

b) *Décret du 8 juillet 1924*, complétant le décret du 25 octobre 1922 :

ARTICLE 20. — L'Etat paye le prix de journée dans les sanatoriums publics ou sanatoriums privés assimilés aux publics, ou privés désignés par la commission tripartite départementale, parmi ceux qui auront été agréés par le Ministre de l'Hygiène.

L'ARTICLE 21 est relatif aux formalités d'admission, de sortie et de maintien des pensionnés tuberculeux dans les sanatoriums.

Les militaires de carrière ont droit aux congés de longue durée des fonctionnaires, qu'ils cumulent à la pension quand ils ont droit à celle-ci.

Voici le tableau des taux des pensions des pensionnés tuberculeux (simple soldat ou assimilé).

	Pension principale loi du 31-3-19	Supplément temporaire	Allocations aux grands invalides	Indemnités de soins	Total	Majoration par enfant
1 ^o 100 % articles 10 (1) et 12 (2) (10 degrés) ayant 2 infirmités donnant droit chacune au béné- fice de l'article 10 (tuberculeux) ..	4.250	5.950	27.500		37.700	1.028
2 ^o 100 % articles 10 et 12 (taux moyen 5 degrés) tuberculeux	3.625	5.075	17.500		26.200	1.028
3 ^o 100 % article 10 — (tubercu- leux)	3.000	4.200	15.000		22.200	1.028
4 ^o 100 % art. 12 (taux moyen 5 de- grés) tuberculeux	2.900	4.060	5.900	10.000	22.860	1.028
5 ^o 100 % tuberculeux	2.400	3.360	1.400	10.000	17.160	1.028

1. Article 10 de la loi du 31 mars 1919 : grands invalides qui ont besoin de l'assistance constante d'une tierce personne.

2. Article 12 de la loi du 31 mars 1919 : grands invalides avec infirmités multiples dont l'une est évaluée à 100 % au moins.

Les caporaux, les sous-officiers et les officiers ont des taux suivant leur grade.

D. — TEXTES RELATIFS A LA RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE
DES PENSIONNÉS.

a) La loi du 31 mars 1919, article 76, pose le principe de l'aide obligatoire de l'Etat en vue de la rééducation professionnelle et donne pendant l'apprentissage une allocation journalière allant de un à deux francs.

De multiples lois, décrets, arrêtés ministériels ultérieurs sont relatifs à cet article 76 et spécialement aux subventions accordées aux écoles de rééducation professionnelle.

b) *La décision ministérielle du 21 octobre 1918* est relative à l'organisation et au fonctionnement des écoles de rééducation professionnelle.

c) *L'arrêté du 11 août 1919* est relatif aux subventions accordées par l'Office national des mutilés aux Comités départementaux et à toute autre collectivité qui organisent la rééducation professionnelle des mutilés et réformés de guerre.

d) On nous permettra de noter ici un *arrêté du Ministre du travail du 28 juillet 1924* relatif au paiement du prix de journée, aux écoles de rééducation, des mutilés du travail qui y sont admis (1).

8° Les pupilles de la nation tuberculeux.

La loi du 27 juillet 1917 (modifiée par la loi du 26 octobre 1922 et celle du 9 avril 1932) détermine les ayants droit au titre de pupille.

Les pupilles de la nation de moins de 16 ans sont soumis à un contrôle médical semestriel assuré par l'Office départemental des pupilles de la nation qui désigne des médecins titulaires.

Ce sont les Offices départementaux qui se chargent de l'admission en maisons de cure des pupilles tuberculeux et des frais de séjour.

1. Le chapitre des pensionnés tuberculeux doit beaucoup au colonel-médecin Corbel, médecin-chef du centre de réforme de Paris. Il nous permettra de lui exprimer ici toute notre respectueuse gratitude.

9^o Textes relatifs aux congés accordés aux fonctionnaires tuberculeux.

a) *Loi du 30 mars 1929, article 51.* — Il peut être procédé à la mise en congé avec *traitement intégral pendant 3 ans et avec demi-traitement pendant deux ans* de tout fonctionnaire atteint de *tuberculose ouverte*.

Tout bénéficiaire de ces congés devra, sous peine de voir son traitement suspendu, cesser tout travail rémunéré et se soumettre, sous le contrôle de l'Administration, au régime médical que son état comporte ; il ne pourra reprendre ses fonctions que s'il y est reconnu apte.

A dater de la promulgation de la présente loi, tout candidat à un emploi administratif de l'Etat est examiné par un médecin désigné par son administration. Son admission ne peut être prononcée que si le certificat médical le reconnaît indemne de tout affection tuberculeuse.

b) *Le décret du 10 décembre 1929* sur le même sujet fait prévoir des arrêtés ultérieurs.

c) *Arrêté interministériel de l'Hygiène et des Finances du 25 février 1930.*

ARTICLE 1^{er}. — Les congés peuvent être attribués :

1^o Aux bacillaires ;

2^o Aux malades sans bacilles, mais présentant des signes cliniques et radiologiques avérés de tuberculose pulmonaire évolutive. Pour ces malades, la présence de bacilles doit être constatée dans la première période de 6 mois, afin que le congé puisse être renouvelé ;

3^o Aux malades sans bacilles, mais en cours de traitement par pneumothorax thérapeutique pour tuberculose ;

4^o Aux malades atteints de lésions extra-pulmonaires en évolution, dont les lésions sont incompatibles avec l'exercice de leur fonction, et dont le traitement nécessite un repos prolongé.

ARTICLE II. — Les fonctionnaires mis en congé ne pour-

ront être réintégrés que guéris cliniquement. L'absence de bacilles devra avoir été constatée par des examens répétés depuis 6 mois au moins, et pratiqués sous contrôle médical dans un laboratoire agréé.

ARTICLE III. — Lors de la visite qu'il doit subir tous les 6 mois, le malade devra fournir un certificat détaillé de son médecin traitant indiquant la manière dont il se soigne, s'il observe les prescriptions de prophylaxie et s'il ne se livre à aucun travail. La commission prévue à l'article 3 du décret du 10 décembre 1929 pourra charger le médecin phthisiologue qui lui est adjoint de se rendre au domicile de l'intéressé et d'y exercer son contrôle.

ARTICLE IV. — Tout candidat à un emploi administratif de l'Etat sera examiné préalablement à sa nomination, par le médecin désigné, conformément à l'article 3 du décret du 10 décembre 1929, qui établira un certificat constatant que l'intéressé est indemne de tuberculose. Cette visite comportera, outre l'examen clinique, un examen radiologique et, s'il y a lieu, un film radiographique et une analyse bactériologique.

Toutefois, ne seront pas exclus des cadres administratifs de l'Etat les candidats porteurs de séquelles de lésions de tuberculoses osseuse, articulaire, ganglionnaire, pleurale, péritonéale, guéries depuis plusieurs années.

d) Sur le même sujet : *Circulaire du Ministre du budget du 12 juin 1930.*

e) *Décret du 29 juin 1931.*

f) *Circulaire du Ministre du budget du 28 juillet 1931.*

g) Au sujet des agents des P. T. T., il est dit dans le *décret du 10 décembre 1929*, article 20 :

« Le décret du 5 octobre 1923 les concernant reste provisoirement en vigueur. »

10° Les pupilles de l'Assistance publique tuberculeux.

L'Assistance publique paie les frais de maladie de ses

pupilles. Elle doit faire les mêmes demandes qu'un particulier pour l'admission de ses pupilles en sanatorium et préventorium, elle fait payer les frais de séjour : par l'Assistance médicale gratuite, comme indigent, ou comme incurable ; par l'Office d'Hygiène départemental, ou par les assurances sociales, si le pupille travaille et est assuré social (règlement des frais par la circulaire du Ministre de la Santé publique du 26 novembre 1930).

Le surplus est payé par le service des enfants assistés.

La circulaire du Ministre des Travaux et de l'Hygiène du 25 septembre 1924 recommande à l'Assistance publique de faire pratiquer le B. C. G. aux nouveau-nés qui lui sont confiés.

V. -- Textes en vigueur en Alsace et Lorraine.

1^o La loi du 17 octobre 1919 a posé en principe, en son article 3, que les territoires d'Alsace et de Lorraine continuent jusqu'à ce qu'il ait été procédé à l'introduction des lois françaises, à être régis par les dispositions législatives et réglementaires qui y sont actuellement en vigueur.

A. — Ainsi la déclaration de la tuberculose y est obligatoire depuis l'ordonnance impériale du 29 octobre 1910.

« La déclaration doit être faite par le médecin pour les cas de tuberculose ouverte des poumons et du larynx, dans les circonstances suivantes :

- a) changement de logement du malade (notamment transfert à l'hôpital ou au sanatorium) ;
- b) danger imminent de contagion de l'entourage à cause de l'exiguïté du logement ;
- c) tous les cas constatés dans les écoles, pensionnats, hôpitaux privés, orphelinats, hospices, etc. ;
- d) tous les cas de décès.

Les déclarations sont adressées au *médecin sanitaire* de l'arrondissement, qui ordonne la désinfection : récurage au crésol, vapeurs de formol, étuvage de la literie, du linge de corps et des vêtements.

D'après le Dr Mosser, inspecteur départemental d'hygiène de l'arrondissement de Mulhouse, à qui nous avons emprunté ces détails (« La déclaration de la tuberculose dans les trois départements recouvrés », dans le N° 104 du *Mouvement sanitaire*, décembre 1932), ce système n'a jamais rencontré de résistances, ni de la part des médecins, ni de celle des familles, du moins lorsque les frais de désinfection n'ont pas été mis par les communes à la charge des particuliers.

Aussi, lorsque le décret du 15 avril 1926 introduisit la loi française du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique dans les départements recouvrés, il spécifia le maintien de cette obligation de la déclaration au médecin d'arrondissement.

Dans le Haut-Rhin en particulier, la Préfecture est allée, depuis 1929, jusqu'à accorder une prime de cinq francs au médecin déclarant, pour toute maladie à déclaration obligatoire, rougeole exceptée.

A Mulhouse, ville de 100.000 habitants environ, il y avait eu 380 déclarations de tuberculose en 1911 ; 298 en 1913 ; il y en a eu 238 en 1921 ; 157 en 1931.

B. — De même, l'*Assistance aux indigents* est plus généreuse que la nôtre. Elle est communale, obligatoire, internationale.

a) *Communale* : c'est la commune qui agit et paye, le département n'intervient que lorsqu'il n'y a pas de domicile de secours, et l'Etat paye pour les étrangers ;

b) *Obligatoire* : l'indigent a droit à l'assistance ;

c) *Internationale* : tout indigent, même s'il est étranger, peut en bénéficier.

Il y est dit : « Tout indigent doit recevoir, de l'organisation d'assistance tenue de le secourir, un asile, les vivres indispensables, les soins nécessaires en cas de maladie et un enterrement convenable après sa mort. »

L'indigent peut, le cas échéant, et pendant le temps où il a droit à l'assistance, recevoir des secours en nature accor-

dés soit en totalité, soit en partie, être placé dans un asile d'indigents, dans un hospice ou dans un hôpital, être astreint au travail répondant à ses forces, qui pourra être fourni dans une maison de travail (paragraphe 1 et 2 de la loi du 8 novembre 1909).

La loi sur le domicile de secours date du 30 mai 1908.

La loi du 8 novembre 1909 concerne l'exécution en Alsace-Lorraine de la loi du 30 mai 1908. La circulaire ministérielle du 7 décembre 1909 a déterminé les modalités d'application de la loi du 8 novembre 1909.

Par instruction du commissaire général de la République du 16 février 1920, cette loi d'assistance a été adaptée au régime français.

C. — *Les Assurances sociales* fonctionnent également en Alsace-Lorraine depuis longtemps, aussi ses textes sont-ils restés en vigueur.

Loi impériale du 19 juillet 1911 sur les Assurances sociales. L'instruction du 1^{er} mai 1913 l'introduit en Alsace-Lorraine ; par cette loi, les ouvriers doivent être assurés sociaux ; l'assurance agit en cas d'accidents de travail, de maladie, invalidité, vieillesse, et les employés bénéficient seulement de l'assurance maladie.

La loi impériale du 20 décembre 1911 établit les Assurances sociales pour invalidité et vieillesse pour les employés.

Les assurances sociales possèdent des dispensaires et sanatoriums pour leurs assurés.

D. — Les *fonctionnaires* avaient un statut très avantageux pour eux, aussi celui-ci a-t-il été conservé pour tous les fonctionnaires de l'ancien cadre impérial (il y en a 7.500).

2° **La loi du 22 juillet 1923** a prescrit l'incorporation des fonctionnaires d'Alsace et de Lorraine dans les cadres des administrations générales et elle a, en même temps, fixé le régime qui leur serait définitivement applicable. Le régime est constitué par les textes essentiels de l'ancien statut local et par les lois générales françaises qui ne se trouvent pas en opposition avec le statut.

Restent en vigueur les congés à plein traitement :

« Aussi longtemps qu'un fonctionnaire est en situation régulière d'absence (maladie, etc.), il a droit à l'intégralité de son traitement. S'il est reconnu incurable, il est mis à la retraite anticipée. » En pratique, le malade n'est jamais traité en incurable et il conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à sa guérison ou sa mort.

3° Cependant, les lois françaises sur les dispensaires et les sanatoriums, qui n'avaient pas leur équivalent en Alsace-Lorraine, y ont été introduites en partie.

Par décret du 12 janvier 1920, les articles 1 et 2 de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums ont été introduits en Alsace et Lorraine.

Par décret du 31 juillet 1920, l'article 9 de la loi du 15 avril 1916, relatif aux dispensaires privés d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, a été introduite en Alsace et Lorraine.

Les dispensaires bénéficient de la législation en vigueur sur les habitations à bon marché.

4° Quant aux pensionnés et aux pupilles de la Nation d'Alsace et de Lorraine, ils sont régis par les mêmes textes que ceux du reste de la France.

VI. — Législation antituberculeuse et d'assistance dans notre empire colonial.

Pour qu'une loi française soit appliquée dans nos colonies, en Algérie et dans nos pays de protectorat, il faut qu'un de ses articles le précise.

Presque toutes nos lois se terminent à peu près ainsi :

« La présente loi ne sera applicable à l'Algérie et aux colonies que lorsque seront intervenus des règlements d'administration publique déterminant les conditions dans lesquelles son application pourra avoir lieu. »

C'est le texte du dernier alinéa (article 84, § 2) de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales. D'ailleurs les règlements dont il est question ne sont encore « inter-

venus » nulle part, faute de crédits, chaque colonie ayant son budget autonome.

Pas plus que la loi sur les Assurances sociales, les lois sur les dispensaires et les sanatoriums ne sont appliquées à notre Empire colonial.

1° Algérie.

En Algérie : Par les instructions du Gouverneur général de l'Algérie, du 18 mars 1933, qui tiennent compte des directives données par Léon Bernard, un programme de lutte contre la tuberculose a été organisé.

Il existe donc :

La Commission consultative de la tuberculose ;

L'office algérien de médecine préventive et d'hygiène ;

Et, dans chaque département, un inspecteur dirigeant un office départemental d'hygiène.

Il existe, dispensaires, hôpitaux coloniaux, sanatoriums, préventoriums, école d'infirmières-visiteuses, mais cette organisation n'est pas métropolitaine.

Il existe aussi une Assistance médicale gratuite autonome. Pour les indigènes un régime transitoire de réciprocité a été adopté entre la Métropole et l'Algérie.

Une assistance aux vieillards, infirmes, et incurables est appliquée en Algérie par instructions du Gouverneur de l'Algérie du 28 septembre 1909.

2° Tunisie.

En Tunisie, où la mortalité par tuberculose est énorme (275 pour cent mille habitants, alors qu'en France elle est de 164), la création d'un Office d'hygiène sociale date seulement de 1930.

Il existe des pavillons pour isoler les tuberculeux dans les hôpitaux. Une école d'infirmières-visiteuses fonctionne depuis 1933 à la demande de l'Office de l'Hygiène sociale.

L'Assistance aux vieillards, infirmes et incurables a été organisée d'après un décret du Bey.

3° Maroc.

Au Maroc, la mortalité par tuberculose augmente d'année en année.

Il existe 5 dispensaires dirigés par la Société de Secours aux blessés militaires (S. B. M.) dont le premier date de 1925, sur la demande du Général Lyautey.

Les arrêtés viziriels du 25 janvier 1928 et du 9 septembre 1930, sont relatifs aux congés de longue durée pour les fonctionnaires atteints de tuberculose : 3 ans à plein traitement, 2 ans à demi-traitement.

4° Vieilles colonies :

GUADELOUPE, MARTINIQUE, GUYANE et RÉUNION.

Par la loi du 16 juillet 1920, elles ont reçu application d'une partie de la législation de la Métropole :

Loi du 15 juillet 1893 sur l'A. M. G.

Loi du 14 juillet 1905 sur l'Assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

Malheureusement les crédits manquent, aussi ces lois ne peuvent y être appliquées qu'une fois sur 10 à peine (1).

Par contre les indigènes de ces vieilles colonies, qui sont citoyens français, peuvent bénéficier de l'A. M. G. et de l'A. aux V. I. et I., quand ils sont en France, alors que nos sujets des autres colonies n'y ont pas droit.

5° Autres colonies.

Il y fonctionne à la place de l'A. M. G., *l'Assistance médicale indigène* pour tous les indigènes, indigents ou non.

1. Comme nous regrettions que les lois françaises ne soient pas d'office rendues applicables dans nos colonies, le général Dr Cazanove, médecin inspecteur au Ministère des colonies, qui a bien voulu nous éclairer sur ce chapitre, nous expliqua qu'il valait mieux qu'il en fût ainsi, tant que les crédits correspondants ne seraient pas votés. Que le général Dr Cazanove nous permette de lui adresser nos vifs remerciements.

Les tuberculeux au même titre que les autres malades ont droit à l'A. M. I.

Quant aux colons français, ils peuvent demander leur rapatriement.

La lutte antituberculeuse dans nos colonies s'est portée surtout sur la généralisation de la vaccination par le B. C. G.

Voici comment est organisée l'Assistance médicale indigène.

- 1° Au chef-lieu de la colonie : un hôpital indigène ou des quartiers d'assistance annexés aux hôpitaux européens ;
- 2° Au chef-lieu des provinces : un médecin européen dirigeant une formation sanitaire ;
- 3° Dans certaines agglomérations, des infirmières dans des dispensaires et des postes médicaux d'Assistance ;
- 4° Un système de tournées médicales pour les populations rurales.

Les dépenses sanitaires pour l'ensemble des colonies françaises en 1932 ont été de 236 millions de francs, mais il n'y a pas de budget particulier à la lutte antituberculeuse.

En *Indochine*, la lutte antituberculeuse a été organisée de façon méthodique par l'Institut Pasteur de Saïgon ; d'après les renseignements fournis par le Gouverneur général de l'Indochine, le travail de dépistage y est au moins aussi rigoureusement fait qu'à Paris : examen aux rayons X, analyses bactériologiques des crachats, cuti-réactions, etc... On a même soumis, à titre d'essai, tous les écoliers de Cholon à une visite médicale complète.

Mais l'Institut Pasteur ne suffit pas à toute l'Indochine et la législation de lutte antituberculeuse y est aussi sommaire que dans le reste de notre Empire colonial.

TROISIÈME PARTIE

Examen critique de la législation.

Nous venons de passer en revue les moyens d'action que l'arsenal des lois françaises offre, dans la pratique, au praticien engagé, soit accidentellement, soit de manière permanente, dans la lutte contre la plus redoutable des maladies sociales.

Cet examen nous a conduit à des conclusions beaucoup plus optimistes que nous ne l'avions supposé lorsque nous l'avons entrepris.

Il est vrai, cependant, qu'il nous a inspiré une critique et qu'il a fait apparaître certaines lacunes ; il nous reste donc dans cette dernière partie de notre étude à exposer cette critique et à examiner comment ces lacunes pourront être comblées.

*
* * *

Notre critique porte sur un article qui, loin d'aider à la lutte contre la tuberculose, ne peut, à notre sens, que l'affaiblir, faute de sévérité. Il s'agit de l'article 51 de la loi du 30 mars 1929, excellent par ailleurs, relatif aux congés à accorder aux fonctionnaires tuberculeux. On n'y trouve pas, en effet, l'obligation pour les fonctionnaires tuberculeux d'arrêter leur travail dès la constatation de leur état : c'est que le diagnostic ne pourrait être fait que si chaque administration avait l'obligation de soumettre son personnel à des examens médicaux périodiques au moins annuels avec radioscopie et analyse de crachats.

Cette mesure ne semble être encore venue à l'esprit d'aucune administration, pas même de celles de l'enseignement et des P. T. T., où la tuberculose fait tant de ravages, d'autant plus redoutables que les fonctionnaires malades restent en contact avec un public nombreux, en lieux clos, un public d'enfants parfois.

L'on est encore loin des mesures prophylactiques que nous voudrions voir étendre aux travailleurs particulièrement en contact avec des enfants : infirmiers, sages-femmes, tout le corps enseignant public et privé (hormis les professeurs de l'enseignement supérieur, dont les élèves ne sont plus des enfants).

* * *

Passons aux lacunes : elles sembleront assez nombreuses et disparates, mais presque toutes sont d'ordre prophylactique aussi.

Nous avons pu voir que l'Etat a donné à tous les individus malades la possibilité de se soigner ; il reste encore plusieurs mesures à prendre pour permettre aux bien portants de le rester. Gardons-nous toutefois des propositions prématurées.

A. — Par exemple, nous considérerions, certes, comme souhaitable une loi sur la vaccination obligatoire de tous les nouveau-nés au B. C. G., si tous les maîtres de la médecine étaient d'accord sur son efficacité et son innocuité.

B. — Non moins souhaitable, en principe, que la promulgation de cette première loi, apparaît celle d'une seconde : une loi d'ensemble sur la prophylaxie de la tuberculose. Elle établirait les droits et les devoirs respectifs du tuberculeux inhospitalisé et du médecin appelé, par lui ou par la loi, à le soigner, à le surveiller, à le protéger. On aura beau, en effet, multiplier les dispensaires, les préventoriuns, les sanatoriums, les hôpitaux, les propagandes éloquentes : nous savons bien qu'on n'obtiendra, comme prix de tant

d'efforts et de sacrifices, que des résultats fragmentaires, tant que la déclaration de la tuberculose ouverte ne sera pas obligatoire et, surtout, tant que l'enfance ne sera pas protégée légalement de la contamination.

Cependant, comme l'indique le Dr Braun, une loi sur ce sujet est très délicate. A côté de tuberculeux avérés, très contagieux, il y a les pauci-bacillaires, ceux chez qui l'on a découvert une fois par hasard quelques bacilles dans l'expectoration, par des procédés spéciaux d'investigation, comme par la culture sur Lowenshein. Pour ceux-ci, bien plus nombreux qu'on ne l'imagine, la loi sur la protection de l'enfance devra-t-elle jouer? Non, sans doute.

C. — Un texte de loi sur ce vaste sujet est donc encore impossible à rédiger. Mais, pour la déclaration de la tuberculose, rien ne serait plus facile que de la rendre obligatoire. En effet, l'article 4 de la loi du 15 février 1902 est ainsi conçu :

« La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la présente loi sera dressée par un décret du Président de la République rendu sur le rapport du Ministre de l'Intérieur, auprès de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène public de France. *Elle pourra être révisée dans la même forme.* »

L'Académie et le Comité ont depuis longtemps donné leur avis, favorable à l'inscription de la tuberculose sur cette liste. Il ne manque donc que le décret. Pas même : nous avons déjà mentionné celui du 15 avril 1926 qui, pour l'application de cette même loi du 15 février 1902 dans les 3 départements recouvrés, y a conservé l'obligation de déclarer la tuberculose. Un système qui fonctionne à la satisfaction de tous, administrateurs, médecins et malades, depuis 25 ans, dans 3 départements, qu'est-ce qui peut contre-indiquer sa généralisation aux 86 autres, et même aux colonies? Rien, car elle existe, cette obligation, sur tout le territoire français, pour une seule catégorie de tuberculeux, mais justement la plus digne d'intérêt : plus de 25.000 tuberculeux, en l'année 1935, ayant pu établir que

leur maladie date de leur temps de guerre ou d'incorporation, se soignent chez eux, en vertu de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, et reçoivent pour cela une allocation périodique spéciale, sur production d'un certificat, soit du dispensaire de leur résidence, soit, quand il n'existe pas de dispensaire, du médecin choisi par leur centre de réforme.

M. Julien écrit à ce sujet, dans le *Mouvement sanitaire* (deuxième année, n° 10, 28 février 1925) : « La loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires est l'amorce d'une législation plus générale contre la tuberculose. La déclaration obligatoire n'est plus une brimade, mais un bénéfice pour le déclarant : car il ne suffit pas de permettre aux tuberculeux de se soigner, il faut les y obliger. Comment ? Par le carnet de pension : le coupon trimestriel ne devra être payé au titulaire que s'il est revêtu du visa du médecin du dispensaire, attestant l'inscription réelle du malade dans cet établissement et son obéissance aux directives qui y sont données. »

Idée excellente dont nous souhaitons que s'inspire le décret qui étendrait à tout le territoire le système de la déclaration d'Alsace et Lorraine, pourvu qu'il soit bien entendu que le « visa du médecin » ne sera accordé qu'en cas « d'obéissance aux directives ».

D. — Une circulaire ministérielle, ou tout au plus un arrêté, suffirait sans doute, une fois la tuberculose inscrite au nombre des maladies visées par l'article 4 de la loi du 15 février 1902, sur la santé publique, pour inviter les maires à réviser en vue de la prophylaxie antituberculeuse le règlement sanitaire municipal déterminant, d'après l'article 1^{er} de cette même loi :

« a) Les précautions à prendre en exécution de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884, pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles visées à l'article 4 de la présente loi, spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux et

généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion ;

b) Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leur dépendances, des voies privées closes ou non à leur extrémité, etc... »

Ce deuxième paragraphe pourrait être complété par une recommandation aux maires de défendre par arrêtés formels, et sous peine d'amende, de cracher par terre : mesure simple et pourtant bien nécessaire.

E. — Voici une autre lacune à combler : Y a-t-il un texte de loi sur les *préventoriums*, sur les *placements familiaux des enfants en contact*, sur les *écoles de plein air*, sur les *colonies de vacances* ? Non. Que faudrait-il à ce sujet ?

Les enfants sains en contact, les 8 de la nomenclature des dispensaires, sont très dignes d'intérêt, plus que les préventoriables. Ils sont encore sains, mais courent un grand danger. Des placements privés existent pour ces enfants-là, heureusement, et certains fonctionnent admirablement, par exemple l'Œuvre Grancher, le Placement familial des tout petits. D'autre part, l'Office d'Hygiène sociale de la Seine a le placement d'Orthez (Pyrénées-Orientales), mais l'Assistance médicale gratuite, mais les Assurances sociales, ne jouent pas pour payer les frais de séjour dans ces divers placements ; on attend un texte les assimilant aux préventoriums.

Le Ministère de l'Hygiène, d'accord avec celui de l'Éducation nationale, pourrait créer aussi pour ces enfants des écoles de plein air.

Après ces « 8 », et ces placements familiaux, parlons des « 9 », enfants paraissant sains quoique ayant été en contact autrefois. Si ce sont des petits citadins, tout le monde reconnaît la nécessité de leur ménager un séjour à l'air pur pendant les mois d'été ; là encore apparaît le besoin d'un texte légal sur les colonies de vacances.

En effet, à Paris par exemple, beaucoup de mairies ou d'écoles communales, qui ont à cœur la santé des petits citadins, organisent ces colonies de vacances. Souvent même

ces mairies demandent aux dispensaires d'hygiène de les conseiller dans leur choix d'enfants et dans l'organisation du placement ; mais les dispensaires ne font ce travail que parce qu'ils le veulent bien et parce que, s'étant adonnés à la lutte antituberculeuse, ils sentent que les colonies de vacances sont un précieux moyen de lutte.

Choix des enfants selon l'examen médical, organisation du placement, c'est le double travail que peut faire excellemment l'Office d'Hygiène, dans l'organisation des colonies de vacances ; car les dispensaires des villes pourraient se mettre en rapport avec ceux des campagnes, et sauraient ainsi dans quelles familles mettre les enfants pour qu'ils jouissent, pendant leurs vacances, d'air pur, d'une nourriture substantielle, d'une atmosphère morale saine.

Tout cela serait d'une réalisation assez aisée, puisque l'initiative privée a montré le chemin.

Venons en donc aux préventoriums pour lesquels il y a encore moins à faire pour combler la lacune législative.

Le Gouvernement a déjà, en effet, déposé un projet de loi, qui est en instance devant les Chambres depuis une dizaine d'années. D'après son texte, inspiré de la définition de Léon Bernard que nous avons citée plus haut :

« Les préventoriums antituberculeux sont destinés au traitement, chez les sujets de moins de 16 ans, non fébricitants, des formes initiales latentes et curables de la tuberculose, des adénopathies bronchiques tuberculeuses et des tuberculoses externes légères non suppurées ne relevant pas du traitement chirurgical.

« Ne doivent être admis dans les préventoriums anti-tuberculeux que :

1^o Par priorité, des enfants vivants en contact de cohabitation avec un tuberculeux contagieux et présentant des signes cliniques, radiologiques, d'un des états pathologiques ci-dessus énumérés ;

2^o Des enfants, sans contact de cohabitation connue, mais porteurs de lésions tuberculeuses certaines, justiciables des préventoriums ».

Mais alors, puisque le préventorium apparaît comme un véritable établissement de cure destiné à des enfants atteints de certaines formes curables de la tuberculose (comme le dit si justement la circulaire du 10 avril 1926), en quoi est-il distinct substantiellement des sanatoriums régis par la loi du 7 septembre 1919? Rien ne s'oppose à ce que la première ligne de leur définition ci-dessus soit ainsi rédigée :

« *Les préventoriums antituberculeux sont des sanatoriums destinés au traitement etc.....* »

Rien ne s'oppose, par conséquent, à ce qu'on procède pour eux comme on a fait le 11 octobre 1924 pour les « sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires ». Nous l'avons expliqué dans notre deuxième partie : Comme le décret du 10 août 1920 n'avait pas prévu ce genre de sanatorium, on a simplement décrété qu'on ajouterait au second chapitre de ce décret élastique, une section II, soit six articles numérotés 12 *bis* à 12 *septies*.

Ce second chapitre supporterait aussi bien l'addition d'une section III intitulée : « sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses légères non contagieuses », et ainsi remplies :

« ARTICLE 12, *octies*. — Les sanatoriums destinés au traitement des formes légères de tuberculoses non bacillaires, etc... prennent le nom de préventoriums ».

« ARTICLE 12, *nonies*. — Ne doivent être admis dans les préventoriums que les tuberculeux à forme discrète, non contagieux, etc... »

F. — Qu'a-t-on fait, que peut-on faire pour les tuberculeux guéris ayant repris leur travail ?

Ceux-ci retireraient le plus grand avantage d'une cure de deux mois par an : soit deux mois d'affilée, soit deux fois un mois dans le courant de chaque année. Certains malades sont plus sensibles aux intempéries de l'hiver, d'autres à l'humidité des changements de saison, d'autres à la grosse chaleur de l'été : aussi, pourrait-on destiner cer-

tains établissements à ces anciens malades, sans crainte de les voir vides pendant une période de l'année.

Il suffirait peut-être, d'ailleurs, qu'un certain nombre de lits dans les sanatoriums existants soient réservés à ces tuberculeux guéris, et que ceux-ci retournent faire leur cure dans les sanatoriums où ils ont déjà été soignés et où ils sont connus médicalement. L'Assistance médicale gratuite ou les Assurances sociales, ou l'Office Public d'Hygiène sociale, selon les cas d'espèce, les prendraient en charge comme pendant leur maladie.

Sur les écoles techniques de rééducation des tuberculeux guéris, on imagine à première vue qu'une loi serait nécessaire. Mais à quoi bon ? Il suffirait de s'y prendre comme on l'a fait pour les préventoriums. Aussi bien, tout est prêt, et l'on n'a même pas à demander des crédits spéciaux.

Il existait en effet, en 1925, des écoles de ce genre spécialement à Campagne-les-Bains et à Passy dans l'Yonne, qui appartenaient à l'Office National des Mutilés de guerre et où les élèves apprenaient l'agriculture, l'élevage et la vannerie, en liaison avec le sanatorium de Ris-Orangis pour les cas de rechute.

Une simple circulaire pourrait ouvrir ces écoles à l'ensemble des tuberculeux sortis cicatrisés de tous nos sanatoriums. La circulaire du 20 avril 1926 sur les préventoriums a montré la simplicité du procédé. Elle commence ainsi :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que le préventorium de Camiers, par Etaples (Pas-de-Calais) créé à titre provisoire pour les enfants des régions libérées, sera conservé définitivement par mon administration, qui en assurera la gestion... Il ne sera plus désormais affecté exclusivement aux enfants des régions libérées ; il recevra les enfants de tous les départements, placés au compte de l'Assistance médicale gratuite, des dispensaires d'hygiène sociale, des œuvres privées et des particuliers... »

G. — Une circulaire pourrait réglementer les dispensaires polyvalents de façon à éviter que les diverses prophylaxies n'empiètent les unes sur les autres : on remarque trop sou-

vent que c'est la lutte antituberculeuse qui pâtit de cette confusion des efforts. Une spécialisation rigoureuse des infirmières-visiteuses est aussi nécessaire que celle des médecins-chefs qu'a réglementée la circulaire du 8 décembre 1921.

Une seconde circulaire réglerait les rapports entre le dispensaire et les établissements hospitaliers et de cure pour que le dispensaire soit informé des nouveaux cas de tuberculose et du lieu où sont hospitalisés les tuberculeux de leur quartier, de leur entrée et de leur sortie de ces établissements.

Une troisième circulaire enfin (à moins qu'on ne préfère fondre les trois en une seule, c'est-à-dire refaire, en la modernisant, la grande circulaire Malvy du 31 juillet 1917, car cette « Charte des dispensaires » a forcément un peu vieilli) pourrait régler les rapports du dispensaire d'hygiène sociale et de l'école publique, souvent plus tendus, faute de réglementation, qu'il ne conviendrait dans l'intérêt des écoliers. Ce lien est du reste en voie d'organisation à Paris et à Lyon.

H. — Peut-être aussi faudrait-il une circulaire interministérielle (des ministères de la Santé publique et de la guerre) pour donner satisfaction à la proposition, pourtant aussi simple que judicieuse, du D^r Roger Amsler, médecin-chef des dispensaires antituberculeux de Maine-et-Loire, qui a signalé la nécessité d'une liaison étroite entre les dispensaires antituberculeux et les Conseils de révision :

« Le Conseil de révision, dit-il, examine tous les individus du sexe masculin sans exception, entre 20 et 25 ans : pourquoi ne pas adresser systématiquement et obligatoirement, en prenant les mesures officielles nécessaires, tous les sujets ajournés une première fois en raison de leur auscultation douteuse, au dispensaire le plus proche de la résidence du conscrit ? Il y serait examiné et suivi, et, quand il reviendrait se présenter devant le Conseil de révision l'année suivante, le dispensaire communiquerait le résultat de cette mise en observation. Ainsi de nombreux cas pourraient être diagnostiqués dès leur début...

Naturellement aussi, les conscrits reconnus tuberculeux par le Conseil de réforme devraient être signalés au dispensaire...
Avantage pour tout le monde :

« Pour le conscrit, celui d'être traité à temps.

« Pour le médecin du Conseil de révision, celui d'obtenir des résultats plus certains avec moins de travail.

« Pour l'Etat, économie et prophylaxie ».

I. Un arrêté du Ministre de la Santé publique suffirait peut-être pour préciser la destination d'un sanatorium ou d'une partie de certains villages-sanatorium, à réserver aux jeunes gens de 14 à 18 ans.

D'abord, les mêmes motifs qui expliquent que la réglementation devienne de plus en plus sévère, au sujet de la séparation des sexes, justifient une sévérité analogue au sujet de la séparation des âges.

Ensuite, cette organisation d'un « sanatorium-école supérieure » ou, si l'on veut, d'un « collège d'altitude à direction médicale », est la seule qui permette de ne pas sacrifier l'avenir des jeunes malades, en garantissant toutefois la subordination absolue de leurs « études au ralenti » à l'intérêt majeur de leur cure.

J. — Pour les incurables, futurs cachectiques, ne pourrait-on améliorer leur sort, matériellement et surtout moralement ?

L'essentiel serait fait, selon nous, si, d'une part on leur attribuait des hôpitaux spéciaux, au lieu de les parquer au petit bonheur dans des locaux, des baraquements annexés à n'importe quel hôpital ; et si, d'autre part, on s'attachait à sauvegarder leurs espérances, en épargnant à ces hôpitaux spéciaux toute apparence d'hospice définitif, en les organisant, par exemple, en hôpitaux d'attente pour grande chirurgie : thoracoplastie, etc.

Les capitaux seraient naturellement fournis par les caisses d'Assurances Sociales, et, pour les non-assurés, par la caisse de secours aux vieillards et incurables.

K. — D'autres hôpitaux chirurgicaux suburbains, plus sérieux et plus petits de beaucoup sans doute, pourraient être institués (par voie de spécialisation seulement, sans construction nouvelle), soit par un autre décret, soit par le même : il s'agirait de ceux qui auraient pour mission, dans tous les grands centres de triage, de procéder aux interventions plus ou moins importantes dont les hôpitaux et les sanatoriums décident l'utilité.

L. — D'autres encore pourraient recevoir une spécialisation non moins utile, par les mêmes moyens : à savoir les établissements suburbains qui seraient dotés d'un statut mixte, sanatoriums et hôpitaux tout ensemble, afin de pouvoir servir de séjour provisoire aux sanatoriabiles douteux, pendant la période d'attente ou d'observation.

M. — Pour finir, à tous les projets de décrets ou arrêtés attendus de l'Administration de la Santé publique (et dont soit dit en passant, il conviendrait de faire bénéficier l'Algérie, nos colonies et nos pays de Protectorat), ne sera-t-il pas permis d'en joindre un qui ne concernerait que la Direction de l'Enseignement supérieur au Ministère de l'Education Nationale ?

Son objet serait exactement celui que nous nous sommes proposé dans cette étude : la vulgarisation dans le corps médical des notions les plus indispensables de législation antituberculeuse, et plus généralement de la législation médicale.

Un cours sur ce sujet (après un stage dans un service de phthisiologie et avant un examen sur cette spécialité) compléterait utilement, nous semble-t-il, le cours de médecine légale.

Confié, dans chaque Faculté de Médecine, à un spécialiste emprunté à la Faculté de Droit, il mettrait à la disposition des futurs médecins ces « remèdes sociaux pour maladies sociales », dont nous n'avons pu donner ici qu'une idée très étroite.

Un sociologue spécialisé pourra en effet compléter uti-

lement le tableau de la législation médicale en vigueur en France, par de fécondes comparaisons avec celles qu'un « climat moral » différent a permis aux législateurs étrangers d'expérimenter : aux Etats-Unis d'Amérique, au Danemark. en Suisse, en Russie, en Allemagne, etc...

Tandis que, n'étant que médecin, nous avons cru devoir nous borner, on l'a vu, à la comparaison des deux seules données que comporte normalement un problème médical : *ce qui est*, d'après nos observations personnelles, et *ce qui devrait être*, d'après notre raison : *ne sutor ultra crepidam*.

Conclusions

1° La tuberculose est une maladie :

- a) Grave (pourcentage énorme de décès parmi ceux qui en sont atteints ;
- b) Longue, donc coûteuse :
- c) Contagieuse et très répandue.

Par ces divers titres elle est un fléau social, et des plus terribles : 65.000 à 75.000 décès par an, par tuberculose, en France, d'après les statistiques officielles, chiffres qu'il faudrait presque doubler, car la tuberculose n'est pas à déclaration obligatoire.

Il a donc fallu lui opposer des remèdes sociaux.

2° Avant la guerre, le tuberculeux bénéficiait comme tout autre malade des lois d'Assistance, mais seulement pendant les périodes fébriles de la maladie.

Ces lois ont pris plus d'importance pour le tuberculeux depuis l'institution de sanatoriums qui ont été assimilés aux services hospitaliers pour le paiement du prix de journée.

Ces lois d'Assistance sont :

- a) la loi du 15 juillet 1893 sur *l'Assistance médicale gratuite due aux indigents* :
- b) la loi du 14 juillet 1905 sur *l'Assistance aux vieillards infirmes et incurables*.

3° La lutte antituberculeuse fait l'objet de textes législatifs spéciaux, les lois essentielles de l'Arsenal antituberculeux surgissent :

A. La loi du 18 octobre 1915 ouvre les crédits nécessaires pour la création de *stations sanitaires* pour les tuberculeux de guerre.

B. La lutte devient générale par la loi du 15 avril 1916 sur l'institution de *dispensaires*.

Ils ont une tâche :

- a) d'éducation ;
- b) de dépistage ;
- c) de diagnostic ;
- d) d'orientation du malade vers le centre hospitalier dont il relève.

Ils ont un budget pour payer :

- a) le prix de journée en sanatorium de certains de leurs malades ;
- b) l'isolement des enfants.

C. Une seconde grande loi d'ordre général, la loi du 7 septembre 1919 intitulée des *sanatoriums*.

Chaque département doit avoir ses lits de sanatorium.

4° Après ces deux lois générales et les décrets qui les suivent pour régler leurs modes d'application, d'autres sont votées et promulguées, chacune intéressant une certaine catégorie de malades.

D'abord, *les tuberculeux de guerre*, puis par extension les tuberculeux ayant contracté leur maladie sous les drapeaux, bénéficient de la loi du 31 mars 1919, qui a proclamé le principe du droit à la réparation pour les militaires affectés d'infirmités dues à la guerre. Les textes sur les pensions sont nombreux et complexes ; en résumé, le tuberculeux pensionné :

- a) touche sa pension et ses indemnités pour charge de famille ;
- b) s'il a besoin de soins, est hospitalisé complètement aux frais de l'Etat dans l'établissement public ou assimilé dont il relève ;

- c) s'il préfère se soigner à ses frais (à la condition qu'il ne travaille pas et suive les directives du dispensaire) touche une indemnité de soins de 10.000 fr. par an, et bénéficie en outre des soins médicaux et pharmaceutiques gratuitement, par le jeu du carnet de soins.

5° *Les fonctionnaires tuberculeux* bénéficient de par la loi du 30 mars 1929, article 51, complétée par des décrets et arrêtés ultérieurs, de congés de longue durée :

3 ans de congé à plein traitement ;

puis 2 ans à demi-traitement, à condition :

a) qu'ils ne travaillent pas ;

b) que leur tuberculose soit indiscutable.

Si le bénéficiaire n'a pas eu de bacilles dans les crachats il ne peut recevoir son traitement que pendant les six premiers mois, à moins qu'il ne soit traité par pneumothorax.

Les fonctionnaires tuberculeux à lésion extra-pulmonaire bénéficient des mêmes congés.

6° La loi sur les *assurances sociales* du 5 avril 1928, remaniée constamment dans les détails, intéresse un grand nombre de tuberculeux, car la maladie frappe surtout les employés et ouvriers à petit salaire.

A. Le tuberculeux assuré social, pourvu qu'il soit immatriculé depuis trois mois au moins, touche pendant les six premiers mois de sa maladie son demi-salaire de base.

S'il est hospitalisé dans un établissement de cure de l'Assistance publique ou dans tout autre service public ou reconnu par l'Etat, la caisse d'assurance paye les 4/5 du prix de journée, 1/5 restant à la charge de l'assuré comme frein modérateur.

Hospitalisé, son allocation journalière est diminuée :

a) des 3/4 s'il est célibataire ;

b) de 1/2 s'il est marié ;

c) du 1/4 s'il a un enfant.

Les frais pharmaceutiques sont pour 85 % à la charge de la Caisse, les 15 % restant étant à la charge de l'assuré.

B. Au bout de 6 mois écoulés, si l'assuré reste atteint d'une affection réduisant des $\frac{2}{3}$ sa capacité de travail, et s'il est immatriculé depuis 2 ans au moins avant le début de sa maladie et a versé 480 cotisations journalières pendant ces deux dernières années, il passe à l'*Assurance invalidité*.

La pension de l'invalidé est de 40 à 50 % du salaire moyen annuel si l'assuré a été immatriculé avant l'âge de 30 ans.

Elle ne peut être inférieure à 600 francs par an.

C. Pendant la première période de 5 ans, l'invalidé bénéficie des soins médicaux et pharmaceutiques et des frais d'hospitalisation comme l'assuré malade.

En cas d'hospitalisation, il voit son allocation réduite comme pendant l'assurance maladie.

D. Pour les années suivantes, sa pension est supprimée du jour où son invalidité est reconnue inférieure à 50 %. S'il est reconnu avoir une incapacité de travail supérieure à 50 %, par examen d'expert, sa pension est maintenue pour 5 ans, puis devient définitive après nouvel examen d'expert.

7° La loi sur *les accidents de travail* du 9 avril 1898 joue quelquefois pour le tuberculeux, depuis que la loi du 25 octobre 1919 a assimilé aux accidents de travail certaines maladies professionnelles comme les « affections pulmonaires déterminées par l'absorption de certaines poussières ».

Par décision d'expert, la tuberculose peut être jugée avoir été provoquée par « l'absorption de certaines poussières » : dans ce cas le tuberculeux est un accidenté du travail ; les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, et l'indemnité journalière (demi-salaire) sont payés par le patron ou son assureur.

8° La législation est un peu différente dans les trois départements recouvrés : comme elle s'y trouvait plus avancée que la nôtre en matière d'assistance et de prophylaxie, en 1919, le législateur français a jugé utile de la conserver.

A. La déclaration de la tuberculose y est obligatoire depuis le 29 octobre 1910.

B. L'Assistance médicale, qui date du 8 novembre 1909, y est :

- a) communale,
- b) obligatoire,
- c) internationale : plus large que la nôtre, elle s'applique à tout individu indigent, même étranger.

C. Les *Assurances sociales* qui ne diffèrent pas beaucoup des nôtres, datent du 1^{er} mai 1913. Les caisses possèdent des dispensaires et des sanatoriums.

D. Les *fonctionnaires du cadre impérial* (c'est-à-dire de l'ancien régime) bénéficient de congés à plein traitement pendant toute la durée de leur maladie, c'est-à-dire jusqu'à leur guérison ou leur mort, à moins qu'ils ne demandent la liquidation de leur retraite.

E. Les lois françaises sur les sanatoriums et sur les dispensaires ont été introduites en Alsace et Lorraine dans la mesure où elles n'allaient pas à l'encontre des lois existantes.

9° Notre législation métropolitaine n'est pas applicable d'office à notre *Empire Colonial*. La lutte antituberculeuse, quand elle y existe, est presque toujours privée ; elle consiste en beaucoup d'endroits en distribution de B. C. G. et création d'un laboratoire qui analyse les crachats ; les lois sur les dispensaires, sur les sanatoriums, et sur les Assurances sociales n'y sont pas applicables.

A. *L'Algérie* possède cependant un organisme public de lutte. Elle possède en outre une assistance médicale gra-

tuite et une assistance aux vieillards, infirmes et incurables, indépendantes de celles de la métropole. Elle n'a pas d'Assurances sociales, pas plus que le reste de notre Empire colonial.

B. *La Tunisie* est moins riche que l'Algérie.

C. *Le Maroc* possède des textes relatifs aux congés de longue durée.

D. *Les vieilles colonies* (Guyane, Martinique, Guadeloupe, Réunion) ont reçu une partie de la législation de la métropole : Assistance médicale gratuite et Assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

Malheureusement, elles peuvent rarement subvenir à ces gros frais d'assistance.

E. *Les nouvelles colonies* (Indochine, Madagascar, A. O. F., A. E. F.) ont un système d'assistance particulier : *L'assistance médicale indigène*. Tous les indigènes, indigents ou non, y ont droit : le tuberculeux est ainsi hospitalisé dans un hôpital indigène.

10° Telle est en gros, notre législation antituberculeuse ; le progrès accompli en ces dernières années est énorme : à l'heure actuelle, tout Français tuberculeux peut se soigner.

Dans certains départements qui sont allés jusqu'à dépasser les obligations imposées par la loi, comme la Seine, où fonctionne l'O. P. H. S., on peut dire que l'Arsenal antituberculeux est presque parfait à l'heure actuelle.

Cependant il y a d'autres départements moins favorisés : pour ceux-là surtout, quelques suppléments à la législation existante nous semblent souhaitables.

A. Principalement il serait bon que nous possédions :

- a) une loi, ou un simple décret, sur les *préventoriums*, les assimilant aux sanatoriums ;
- b) une loi sur le *placement des enfants* en contact avec des tuberculeux ;

- c) un décret sur les *colonies de vacances*, réglementant l'examen médical des enfants avant leur départ et le choix des nourriciers ;
- d) une loi sur les écoles de *rééducation professionnelle* et sur les œuvres post-sanatoriales ;
- e) enfin un décret étendant à tout le pays, sous réserve de la tolérance nécessaire pour les *pauci-bacillaires*, la *déclaration obligatoire* de la tuberculose, en vigueur déjà en Alsace et en Lorraine.

B. A tous ces vœux récemment exprimés par d'éminents phtisiologues, ne nous sera-t-il pas permis d'en ajouter un qui intéresserait spécialement la Faculté de Médecine et le corps médical ? Nous croyons qu'il ne serait pas inutile de faire mieux connaître aux étudiants en médecine les immenses progrès réalisés depuis vingt ans en France en ce qui concerne le dépistage et le traitement de la tuberculose ; un décret pourrait rendre obligatoire un cours de législation antituberculeuse, après un stage dans les services de phtisiologie et avant un examen sur cette spécialité.

Vu, bon à imprimer :
le Président de la thèse,

F. BEZANÇON.

Vu : le Doyen de la Faculté,
A. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

DOCUMENTS ANNEXES

Lois et Décrets dont l'ensemble constitue,
en 1936, pour la France,
la Charte du Tuberculeux et du Phtisiologue.

1^o LOI DU 15 AVRIL 1916 instituant des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

TITRE I

Des dispensaires publics d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

ARTICLE PREMIER. — Pourront être institués, dans les conditions prévues par la présente loi, des dispensaires publics d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse qui seront spécialement chargés de faire l'éducation antituberculeuse, de donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, d'assurer et de faciliter aux malades, atteints de maladies transmissibles, l'admission dans les hospices, sanatoria, maisons de cure ou de convalescence, etc... et, le cas échéant, de mettre à la portée du public des services de désinfection, du linge, du matériel, des locaux et des habitations rendus insalubres par des malades.

Ces dispensaires organiseront, pour les malades privés de ressources, d'accord avec les services locaux ou régionaux d'hygiène et d'assistance, des consultations gratuites et des distributions de médicaments.

Les services des dispensaires publics pourront être mis à la disposition des sociétés de secours mutuels et des œuvres de bienfaisance, dans les conditions fixées par les tarifs établis conformément aux articles 7 et 8 de la présente loi.

ARTICLE 2. — Les dispensaires publics constituent des établissements publics. Les règles générales d'administration fixées pour les offices d'habitations à bon marché par les articles 14 à 21 de la loi du 23 décembre 1912, sont applicables aux dispensaires publics, sauf les dispositions contraires à la présente loi. Toutefois, le maximum de la somme à emprunter, qui peut être autorisé par décret, fixé par l'article 16 est abaissé, pour les dispensaires, à la somme de 50.000 francs par an.

ARTICLE 3. — Les dispensaires publics sont institués par décrets rendus dans la forme des règlements d'administration publique, après enquête et avis du Conseil général et des Conseils municipaux compris dans la circonscription. Le décret fixe la circonscription du dispensaire.

L'autorisation de fonctionner est donnée par le préfet après inspection des locaux et vérification de l'aptitude du personnel par le Conseil départemental d'hygiène qui, sous l'autorité du préfet, exerce un contrôle permanent sur l'administration de l'établissement.

ARTICLE 5. — Un Conseil d'administration est chargé de la gestion d'un ou de plusieurs dispensaires.

Le Conseil d'administration comprend :

1° Un membre choisi par le préfet sur une liste établie par le Conseil général ;

2° Un membre désigné par le Conseil général ;

3° Un membre désigné par les Conseils municipaux qui participent au fonctionnement du dispensaire ;

4° Un membre désigné par le Conseil départemental d'hygiène ;

5° Un membre désigné par le Comité de patronage des habitations à bon marché, s'il en existe un dans la circonscription du dispensaire ;

6° Un des médecins chargés de l'assistance médicale gratuite et désigné par le préfet ;

7° Un représentant des syndicats médicaux de la circonscription du dispensaire ;

8° Le directeur du bureau d'hygiène, s'il en existe un dans la commune ;

9° Un instituteur ou institutrice désigné par le préfet sur la proposition de l'inspecteur d'académie ;

10° Un délégué des sociétés de secours mutuels qui utilisent pour leurs membres, en vertu d'un contrat, les services du dispensaire ;

11° Un délégué des œuvres de bienfaisance qui utilisent, en vertu d'un contrat, les services du dispensaire.

Un membre du Conseil d'administration est chargé des fonctions d'administrateur délégué.

ARTICLE 5. — Le personnel du dispensaire est nommé par le Conseil d'administration ; il comprend un ou plusieurs médecins, un ou plusieurs enquêteurs, moniteurs ou monitrices d'hygiène, et, s'il est utile, un ou plusieurs infirmiers ou infirmières d'hygiène. Ces enquêteurs, moniteurs et monitrices sont en particulier chargés des enquêtes et donnent l'éducation sanitaire soit sur place, soit au domicile du malade.

ARTICLE 6. — Les dépenses extraordinaires du dispensaire comprennent les dépenses de premier établissement ou d'agrandissement pour la construction ou l'aménagement des immeubles ou locaux, d'acquisition et d'installation de l'outillage.

Les ressources nécessaires pour faire face aux dépenses extraordinaires sont réalisées à l'aide de la participation des particuliers, des groupements intéressés, des communes, des départements et de l'Etat. Elles comprennent le produit des dons et legs, des subventions et des emprunts.

Les communes, les départements et les établissements publics peuvent participer au premier établissement en cédant à titre gratuit des terrains, locaux ou immeubles pour le service du dispensaire. Les emprunts contractés par un dispensaire peuvent être gagés sur les ressources ordinaires de ce dispensaire et garantis par les communes ou les départements.

Les sociétés de secours mutuels pourront participer aux dépenses extraordinaires dans les conditions prévues à l'article 8 ci-après.

L'Etat affectera aux dépenses extraordinaires des dispensaires des subventions sur le revenu net prélevé sur le produit du pari mutuel et des jeux (Voir loi de finances du 30 juin 1923, art. 48).

ARTICLE 7. — Les dépenses ordinaires comprennent, avec toutes les dépenses ayant un caractère annuel, et notamment le service d'intérêts et d'amortissement des emprunts, prix de location, frais d'assistance pour les malades privés de ressources, les honoraires des médecins, les salaires du personnel, l'acquisition des appareils, médicaments, désinfectants, objets de pansement.

Les ressources nécessaires pour faire face aux dépenses ordinaires comprennent le produit des dons et legs et des subventions spécialement affectés à ces dépenses, des recettes propres du dispensaire et de la participation des communes, des départements, des établissements publics et de l'Etat, prévue par le dernier paragraphe du présent article.

Les recettes propres proviennent des indemnités payées par les particuliers non privés de ressources ou les collectivités, selon des tarifs déterminés. Ces tarifs sont fixés par le préfet, de concert avec le syndicat médical et le Conseil d'administration. Des tarifs réduits peuvent être,

dans les mêmes formes, accordés aux collectivités, aux sociétés de secours mutuels et aux œuvres de bienfaisance.

Les dépenses du dispensaire qui n'auront pu être couvertes au moyen des ressources susénoncées seront supportées dans la limite des prévisions budgétaires régulièrement approuvées par les communes, le département et l'Etat, conformément aux barèmes annexés à la loi du 15 juillet 1893 et au mode de répartition suivi pour les dépenses de la loi du 15 février 1902, lorsque les communes auront adhéré à la création du dispensaire et lorsque le département aura agréé le dispensaire comme service auxiliaire de l'assistance médicale gratuite ou de l'hygiène publique par une délibération spéciale prise à cet effet.

TITRE II

Des dispensaires mutualistes et des dispensaires privés.

ARTICLE 8. — Les sociétés de secours mutuels, les unions de sociétés de secours mutuels, qui créent ou qui administrent un dispensaire, peuvent étendre l'action de ce dispensaire aux personnes qui ne font pas partie de la société, d'après le tarif de droit commun fixé par l'arrêté préfectoral, et solliciter dans ce cas l'agrément prévu par l'article 3 de la présente loi. Le dispensaire ainsi constitué ne formera pas une personnalité morale distincte de la société gérante. Le dispensaire mutualiste conservera tous les avantages prévus par la loi du 1^{er} avril 1898.

Les dispensaires créés par application du présent article peuvent recevoir des subventions des communes, du département, des établissements publics et de l'Etat.

Les sociétés et les unions de sociétés de secours mutuels qui organisent un dispensaire, par application du paragraphe premier du présent article, administrent elles-mêmes le dispensaire.

Elles doivent seulement, en cas de subvention, adjoindre, pour la gestion de ce service, au bureau de la société ou de l'union, un représentant du bureau d'assistance et le directeur du bureau d'hygiène.

Les sociétés et les unions de sociétés de secours mutuels, lorsqu'elles organiseront un dispensaire dans ces conditions, pourront, ainsi que les dispensaires publics, bénéficier des facilités de crédit prévues par l'article 3 de la loi du 23 décembre 1912 sur les habitations à bon marché, en vue de faire face aux dépenses de premier établissement.

Par dérogation aux articles 17 et 21 de la loi du 1^{er} avril 1898, les sociétés et unions de sociétés de secours mutuels seront autorisées à faire emploi de leurs fonds libres de toutes charges et de toute affectation,

jusqu'à concurrence du cinquième, en parts sociales ou obligations de sociétés ayant pour objet l'organisation d'un dispensaire, par application du présent titre, ou en prêts aux dispensaires publics garantis sur hypothèques ou sur les ressources ordinaires du dispensaire.

ARTICLE 9. — Les associations de bienfaisance et les personnes qui, dans un but exclusif de bienfaisance, ont créé ou créeront des dispensaires et en étendront l'action à la lutte contre la tuberculose suivant les méthodes de la présente loi peuvent, en adressant au préfet une demande spéciale à cet effet, bénéficier des avantages prévus par les paragraphes 2 et 4 de l'article précédent.

Le préfet statue sur la recevabilité de la demande, qui doit être accompagnée d'un projet détaillé d'emploi de la subvention. Un rapport rendant compte de cet emploi doit être adressé au préfet en fin d'exercice.

Dans tous les cas, les dispensaires de ces associations ou de ces personnes resteront soumis à l'inspection du service d'hygiène.

TITRE III

Des dispensaires organisés par les Services publics d'assistance et d'hygiène.

ARTICLE 10. — Les dispensaires qui ont été créés ou qui seront créés par les communes, les départements ou les établissements publics, en vertu des lois actuellement en vigueur, pourront bénéficier des avantages prévus par les articles 6, 7 et 8 de la présente loi.

TITRE IV

Des dispensaires publics obligatoires.

ARTICLE 11. — Lorsque, pendant cinq années consécutives, le nombre des décès sur le territoire d'une ou plusieurs communes dépassera la moyenne de la mortalité en France, la création d'un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse peut être déclarée obligatoire par décret, les Conseils municipaux entendus, sur l'avis conforme du Conseil supérieur d'hygiène publique, après enquête et après consultation du Conseil d'hygiène départemental et du Conseil général.

La commune ou les communes intéressées, le département et l'Etat

devront participer aux frais de premier établissement, conformément au barème de la loi du 14 juillet 1913.

Dans le délai d'un mois à dater de la publication du décret, les Conseils municipaux seront mis en demeure de procéder à la création et, en cas de refus ou d'absence de délibération pendant le délai de trois mois, il y sera pourvu d'office par arrêté préfectoral. La première application de la présente disposition, n'aura lieu que trois ans après la promulgation de la présente loi.

2^e LOI DU 7 SEPTEMBRE 1919

instituant des sanatoriums spécialement destinés
au traitement de la tuberculose et fixant les conditions d'entretien
des malades dans ces établissements.

TITRE I

Des sanatoriums publics.

ARTICLE PREMIER. — Les sanatoriums publics sont les établissements spécialement destinés au traitement de la tuberculose et dont la gestion est assurée par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics. L'Etat participe aux dépenses de fonctionnement de ces établissements.

Les établissements du même genre, gérés par les associations reconnues d'utilité publique ou les sociétés et unions de sociétés de secours mutuels, pourront être assimilés aux sanatoriums publics et bénéficier à ce titre, des dispositions prévues par la présente loi.

ARTICLE 2. — Une subvention de l'Etat pourra être accordée à ces collectivités pour la création, l'aménagement, l'agrandissement ou la réfection des établissements prévus à l'article premier, à la condition toutefois qu'ils soient rattachés à un ou plusieurs dispensaires constitués dans les formes prévues par la loi du 15 avril 1916.

Cette subvention ne pourra, en aucun cas, dépasser la moitié de ces dépenses. Elle sera toujours subordonnée à l'approbation préalable des emplacements, plans et devis par le Ministère de l'Intérieur qui fixera, pour chaque établissement, le nombre de lits réservés aux malades mentionnés par l'article suivant.

Les dépenses faites ou engagées par l'Etat, soit sur le budget du Ministère de l'Intérieur, depuis la promulgation de la loi du 18 octobre 1915, soit sur le budget du Ministère de la Guerre, depuis le début des hostilités, pour aménager les locaux en vue du traitement des militaires tuberculeux n'entreront pas en compte pour le calcul de la contribution prévue au paragraphe précédent.

ARTICLE 3 (complété par le décret-loi du 30 octobre 1935). — L'Etat, les départements et les communes participent aux dépenses de l'hospitalisation, dans les sanatoriums, des malades bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893, dans les proportions fixées par cette loi.

Toutefois, le prix de journée ainsi payé par le service départemental de l'assistance médicale gratuite sera celui du prix de journée d'hospitalisation fixé pour l'hôpital de premier rattachement de la circonscription du domicile de secours du malade. La portion supplémentaire est supportée intégralement par l'Etat.

L'Etat prend à sa charge cette même portion supplémentaire pour les malades appartenant aux catégories suivantes :

1^o Malades affiliés depuis trois ans au moins à une société de secours mutuels réassurant ses adhérents contre les maladies de longue durée ;

2^o Malades dépendant d'associations de bienfaisance ou de groupements corporatifs qui auront assuré la création du sanatorium public ;

3^o Malades ne bénéficiant pas de la loi du 15 juillet 1893, dont l'admission aura été sollicitée par un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, sous réserve du recours éventuel que l'Etat pourra ultérieurement exercer contre ces malades, s'ils avaient des ressources suffisantes pour subvenir, par leurs propres moyens, soit partiellement soit entièrement au payement du prix de journée.

Dans les cas où le rattachement des communes à un hôpital de circonscription déterminée n'aura pas été effectué conformément à la loi du 15 juillet 1893, la portion supplémentaire prise en charge par l'Etat, en vertu des paragraphes 2 et 3 du présent article, sera calculée d'après le prix de journée de l'hôpital le plus voisin du domicile de secours du malade.

L'admission du malade est prononcée par le préfet du département où le malade a son domicile de secours, pour les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite, et par le préfet du département, siège du sanatorium, pour les autres catégories de malades. En cas d'urgence, l'admission des malades au bénéfice de l'Assistance médicale gratuite est prononcée par le préfet du département du domicile de secours communal et, en cas de contestation sur ledit domicile entre départements ou com.

munes de départements différents, par le Ministre de la Santé publique et de l'Education nationale.

Un arrêté du Ministre de l'Intérieur, revisable annuellement, déterminera, pour chaque établissement, le maximum du prix de journée d'entretien des malades.

Ce prix pourra toujours être révisé au cours de l'année.

ARTICLE 4 (modifié par le décret-loi du 30 octobre 1935). — Un décret, pris sur la proposition du Ministre de l'Intérieur, après avis de la Commission permanente de la tuberculose, déterminera les conditions d'exécution de la présente loi, et notamment :

1^o Les conditions techniques et hygiéniques d'établissement et de fonctionnement que devront remplir les sanatoriums publics et assimilés ;

2^o Les conditions dans lesquelles s'exercera sur ces établissements la surveillance de l'autorité publique ;

3^o Les conditions de recrutement et de nomination, par voie de concours sur titres, des médecins-directeurs auxquels appartiennent l'autorité sur tout le personnel et la responsabilité générale de la conduite de l'établissement, des médecins-chefs et médecins ;

4^o Les conditions de recrutement et de nomination des directeurs administratifs, pour les établissements dont la direction ne serait pas confiée à un médecin-directeur.

ARTICLE 5 (modifié par l'art. 139 de la loi du 31 décembre 1921). — Les départements qui ne possèdent pas de sanatoriums où puissent être hospitalisés par leurs soins les tuberculeux relevant du service départemental de l'assistance médicale gratuite seront tenus, dans un délai de dix ans, à partir de la promulgation de la présente loi, d'assurer cette hospitalisation en passant un traité, à cet effet, avec un sanatorium public ou, à défaut, avec un sanatorium privé.

Si le Conseil général n'a pas pris dans le délai imparti ci-dessus, de délibération réglant la matière, il y sera pourvu par décret pris après avis du Conseil d'Etat.

Dans le cas où un département traite avec un sanatorium privé, le traité devra être approuvé par arrêté du Ministre de l'Intérieur, qui fixera le prix de journée d'entretien de ces malades, ledit prix étant revisable tous les ans.

L'Etat participera au paiement des dépenses d'entretien des malades ainsi admis dans les sanatoriums privés, dans les conditions prévues à l'article 3 de la présente loi.

ARTICLE 6. — Les départements, communes et autres collectivités, qui seront dans l'obligation de recourir à l'emprunt pour participer à

la création d'un sanatorium public bénéficieront des facilités de crédit prévues, pour la construction des habitations à bon marché, par la loi du 12 avril 1906, modifiée par celle du 23 décembre 1912.

TITRE II

Des Sanatoriums privés.

ARTICLE 7. — Les sanatoriums privés sont les établissements destinés au traitement de la tuberculose, créés soit par des collectivités, sociétés ou associations, en dehors des conditions prévues par l'article premier de la présente loi, soit par des particuliers.

Le décret prévu aux paragraphes 1 et 2 de l'article 4 de la présente loi déterminera également les conditions techniques et hygiéniques d'établissement et de fonctionnement à imposer aux sanatoriums privés, ainsi que les conditions dans lesquelles s'exercera sur ces établissements, la surveillance de l'autorité publique.

Les sanatoriums privés restent libres du choix de leurs médecins.

Toutefois, ceux qui auront des traités en cours avec les départements, en conformité de l'article 5 de la présente loi, ne pourront, sous peine de résiliation, modifier leur direction médicale qu'avec l'agrément exprès des préfets des départements contractants, à moins qu'ils ne la confient à l'un des médecins recrutés dans les conditions du paragraphe 3 du décret prévu à l'article 4.

ARTICLE 8 (mod. par le décret-loi du 30 octobre 1935). — Les sanatoriums privés ne peuvent être ouverts sans une autorisation délivrée par le Ministre de la Santé publique et de l'Education physique. Par la suite, aucune modification, aucun agrandissement ni changement portant sur les bâtiments, le nombre de lits, les aménagements, les conditions d'exploitation et les dispositions générales du sanatorium, ne devra être réalisé sans une nouvelle autorisation du ministre.

Les demandes d'autorisation seront adressées au préfet qui en délivrera le récépissé.

L'absence de toute décision ministérielle dans un délai de six mois à compter de la date du récépissé, sera considérée comme une autorisation.

ARTICLE 9 (modifié par le décret-loi du 30 octobre 1935). — L'inexécution constatée des prescriptions de l'article 8 de la présente loi et du décret prévu à l'article 4 ci-dessus, entraînera la fermeture de l'établissement. Celle-ci sera prononcée par le Ministre de la Santé publique et de l'Education physique, après avis de la Commission de la tuberculose.

3^o DÉCRET DU 10 AOÛT 1920
relatif à l'établissement, au fonctionnement
et à la surveillance des sanatoriums.

(rédaction actuellement en vigueur)

TITRE I

Des Sanatoriums publics.

CHAPITRE I^{er}.

*Conditions générales d'établissement des sanatoriums publics
ou des sanatoriums assimilés aux sanatoriums publics.*

ARTICLE 1^{er} (Ainsi modifié par le décret du 30 mai 1932). — Les sanatoriums, institués par le premier alinéa de l'article premier de la loi du 7 septembre 1919, sont les établissements organisés, au point de vue technique, dans les conditions prévues par le présent décret et destinés aux malades reconnus atteints de tuberculose.

ARTICLE 2. — Lorsqu'une des collectivités mentionnées aux paragraphes 1 et 2 de l'article premier de la loi susvisée du 7 septembre 1919 aura décidé la création, l'aménagement, l'agrandissement ou la réfection d'un sanatorium public ou d'un établissement assimilé aux sanatoriums publics, elle devra, tout d'abord, soumettre le projet à l'approbation du Ministre de l'Hygiène.

ARTICLE 3 (modifié par les décrets du 16 janvier 1931, du 11 février 1931 et du 30 mai 1932). — Ce projet doit comprendre :

- 1^o Une description détaillée de l'emplacement sur lequel le sanatorium sera construit ou aménagé ;
- 2^o La contenance des terrains qui y sont affectés ;
- 3^o Les plans et les devis de construction ;
- 4^o L'indication du genre de malades qu'il est destiné à recevoir ainsi que de leur nombre et de leur sexe ;
- 5^o La désignation du ou des dispensaires auxquels il sera rattaché ;
- 6^o La justification des ressources destinées à la création et au fonctionnement de l'établissement ;
- 7^o Un questionnaire (dont le modèle sera déterminé par le Ministère de la Santé publique, dûment rempli ;

Le dossier ainsi composé sera adressé au Préfet, qui le transmettra au Ministre de la Santé publique, avec :

8° L'avis du Maire de la commune où doit être édifié le sanatorium ;

9° Un rapport de l'Inspecteur d'Hygiène (ou de l'autorité technique en tenant lieu) du département où le sanatorium doit être créé ;

10° L'avis du Conseil départemental d'hygiène ;

11° L'avis personnel du Préfet ;

Le dossier parvenu au Ministère sera complété par :

12° Un rapport faisant connaître, avec tous renseignements et conclusions motivées, le résultat d'une enquête sur place confiée à un inspecteur général des Services administratifs ou un délégué qualifié, désigné par le Ministre ;

13° L'avis de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques et de la Chambre d'industrie thermale ou climatique, dans le cas où le sanatorium sera érigé sur le territoire d'une station hydrominérale ou climatique ;

14° L'avis du Conseil d'administration de l'Office National du Tourisme et de la Chambre d'industrie touristique, dans le cas où le sanatorium sera sur le territoire d'une station touristique ;

Toutes pièces réunies, le dossier du projet est communiqué, pour étude et avis, à un Comité technique institué auprès du Ministère de la Santé publique et qui est composé de 21 membres, savoir :

Le Directeur de l'Hygiène et de l'Assistance au Ministère de la Santé publique ;

Deux Inspecteurs généraux et une inspectrice générale des services administratifs ;

Deux Conseillers techniques sanitaires du Ministère de la Santé publique ;

Onze membres désignés par le Ministre de la Santé publique parmi les membres de la Commission permanente de Préservation contre la Tuberculose, dont huit médecins ;

Le titulaire de la Chaire de la Tuberculose à la Faculté de Médecine de Paris ;

Deux archivistes et un inspecteur sanitaire, désignés par le Ministre de la Santé publique.

ARTICLE 4. — Après que le Ministre de l'Hygiène a donné son approbation au projet, prononcé, s'il y a lieu, l'assimilation prévue au paragraphe 2 de l'article premier de la loi, déterminé le chiffre de la subvention de l'Etat et fixé le nombre des lits réservés aux malades mentionnés à l'article 3 de la loi, il est procédé à l'accomplissement des autres forma-

lités d'instruction et d'autorisation prescrites pour chaque projet par les lois et règlements en vigueur.

ARTICLE 5. — Il ne peut être apporté en cours d'exécution des travaux aucune modification aux plans approuvés sans une autorisation expresse du Ministre de l'Hygiène.

ARTICLE 6. — Des avances peuvent être accordées sur le montant de la subvention de l'Etat au fur et à mesure de l'avancement des travaux. Elles ne dépasseront en aucun cas les deux tiers du montant total de la subvention.

CHAPITRE II.

(Modifié par les décrets du 11 octobre 1924, du 14 décembre 1927, du 11 février 1931 et du 30 mai 1932).

Conditions techniques et hygiéniques que devront remplir les sanatoriums publics ou les établissements assimilés aux sanatoriums publics.

Section I.

Sanatoriums destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire.

ARTICLE 7. — Les sanatoriums doivent être situés hors des agglomérations humaines et à distance des routes très fréquentées, de manière que l'air ne soit vicié ni par des fumées, ni par des produits émanés d'une ville ou d'une usine. En ce qui concerne le voisinage des agglomérations humaines, exception est faite pour les sanatoriums à créer ou à aménager dans les stations climatiques de cure, spécialement et ouvertement affectées au traitement de la tuberculose.

L'emplacement du sanatorium doit reposer sur un sous-sol perméable sec, être largement ensoleillé et protégé par des obstacles naturels contre certains vents dominants.

Pour l'usage des services généraux et la propreté, il faut pouvoir se procurer de l'eau à discrétion et une quantité d'eau potable d'*au moins 25 mètres cubes par 100 lits de malades.*

Tout sanatorium doit disposer d'un jardin et être entouré d'un parc qui lui soit réservé ou avoir à proximité immédiate des espaces libres ombragés, ou des bois pour les promenades et cure d'entraînement des malades.

La surface totale de ces espaces libres doit être d'au moins 15 hectares pour 100 lits de malades.

ARTICLE 8 (modifié par les décrets du 11 octobre 1924, du 14 décembre 1927 et du 30 mai 1932). — Les sanatoriums publics, les établissements assimilés aux sanatoriums publics, ainsi que les sanatoriums privés qui reçoivent des malades assistés, seront réservés à des malades du même sexe.

Lorsqu'on les utilisera comme sanatoriums mixtes, on devra réserver à chaque sexe, des locaux séparés, sans possibilité de communication, ayant chacun un lieu de promenade distinct.

ARTICLE 9 (modifié par le décret du 30 mai 1932). — Il y aura dans tout sanatorium un nombre de chambres à un lit dans la proportion d'au moins 10 % de la population totale des malades.

Les dortoirs devront contenir de 3 à 4 lits ou plus, sans jamais dépasser cependant, le maximum de 10 lits.

La surface des chambres à un lit sera au moins de 9 m. carrés et celle des dortoirs d'au moins 6 m. carrés par lit, avec un minimum de hauteur de 3 mètres.

Les dortoirs et les chambres auront une orientation et une disposition qui permettront de leur assurer, jusque dans les parties les plus profondes, une large aération continue et une durée d'insolation suffisante.

L'air et la lumière devront pénétrer partout dans les couloirs, les escaliers et toutes les pièces annexes du service des malades.

Dans les lavabos, *chaque malade devra avoir sa cuvette individuelle* et tous les ustensiles de toilette à son usage particulier ; il disposera également d'un placard *personnel à proximité* mais en dehors des dortoirs.

Dans les appentis aménagés dans les parties nord et aux extrémités des bâtiments, on placera les chambres de garde, les réserves d'urgence en lingerie et matériel, les installations pour toilette intime, les salles de brossage et casiers à chaussures, les vidoirs, les water-closets à chasse d'eau, qui doivent être répartis au nombre de trois ou quatre par groupe de 25 à 30 malades.

Des robinets seront installés dans les couloirs, à raison de trois au moins pour une section de 25 à 30 lits. Ces robinets seront pourvus d'un pas de vis sur lequel pourra s'adapter un tuyau à lance, prêt à servir en cas d'incendie.

Des prises d'eau contre l'incendie devront également être prévues à l'extérieur et à proximité des bâtiments.

L'installation des bains comprendra au moins une baignoire pour 20 malades, en plus, une cabine de bains-douches pour 30 à 40 malades.

La salle à manger et la salle de réunions pour 100 à 120 malades, auront au moins 15 m. de long sur 9 m. de large ; elles seront orientées de préférence est-ouest, aérées et ensoleillées.

A l'entrée de la salle à manger, on aménagera un vestibule contenant des lavabos communs (6 à 8 robinets pour 100 malades), des casiers pour les serviettes et les verres.

ARTICLE 10. — Les locaux seront disposés de manière à permettre une désinfection efficace par le seul nettoyage humide : sol imperméable, obturation des fentes des parquets et des murs, surfaces lissées et lavables, ripolinées de préférence, mobilier très simple (lits en fer, sommiers métalliques, etc.).

A l'exception de celles qui pourront être aménagées devant les chambres d'isolés à un lit, *les galeries de cure* seront placées de préférence à l'extrémité de l'aile du bâtiment, dans le prolongement de chaque couloir d'étage. Dans tous les cas, elles seront bien orientées, indépendantes des chambres de malades et devront toujours être reliées aux bâtiments par un passage couvert. Les galeries de cure auront 4 m. de profondeur et seront largement ouvertes en avant. Les chaises longues seront disposées sur une seule rangée et on comptera un mètre au moins pour chaque place.

Tout sanatorium doit être pourvu d'un *service médical* comprenant : salle d'attente, salle d'auscultation, installation de rayons X, organisation pour la création et l'entretien du pneumothorax artificiel, outillage pour la désinfection des instruments, une salle d'opérations, une salle de pansements et soins spéciaux, service oto-rhino-laryngologique, dentisterie, petite pharmacie, laboratoire outillé pour la bactériologie, les analyses et les recherches courantes, une chambre noire pour les travaux photographiques, et une réserve pour le classement et la conservation des films radiographiques.

ARTICLE 11. — En annexe immédiate des cuisines, on trouvera le dispositif pour *le lavage et la désinfection*, par l'eau bouillante carbonatée, de la vaisselle et des ustensiles de table.

Dans tout sanatorium dont le nombre de lits atteindra 50, le linge et le matériel lavable seront obligatoirement lessivés sur place dans une buanderie pourvue de l'outillage et des annexes nécessaires.

On trouvera également une installation pour la désinfection comprenant : le service de *stérilisation par la chaleur*, des crachats et des crachoirs ; une chambre à formolisation et, autant que possible, un autoclave à vapeur sous pression.

La buanderie et les services de désinfection ne devront, en aucun cas, être installés dans une partie des bâtiments occupés par les malades.

Si le linge est lavé au dehors, il sera transporté à la buanderie dans des

sacs imperméables en grosse toile, et ne devra être manipulé qu'après immersion dans les bacs d'essangeage et de trempage.

Les eaux usées et les eaux-vannes seront traitées par un *procédé d'épuration* reconnu efficace par le Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France et le dispositif adopté ne pourra être mis en service sans une autorisation préalable du Péfet, après avis du Conseil départemental d'Hygiène.

Les restes alimentaires divers, s'ils ne sont pas utilisés pour la nourriture des animaux, les ordures ménagères, les déchets et détritux organiques seront détruits dans un *four crématoire* installé loin des bâtiments.

ARTICLE 12. — A titre transitoire, les sanatoriums existants lors de la publication du présent décret, considérés comme sanatoriums publics ou comme sanatoriums assimilés aux sanatoriums publics, pourront ne pas réunir toutes les conditions précisées aux articles 7 et suivants ci-dessus. Toutefois, les modifications possibles devront être envisagées et exécutées de façon à ce que, dans un court délai, soient réalisées les améliorations qui permettraient de procurer le maximum de ces conditions.

Section II.

(Ajoutée par le décret du 11 octobre 1924).

Sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.

ARTICLE 12 *bis*. — Les sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires doivent être installés dans des conditions telles qu'on puisse y pratiquer d'une façon efficace, la cure d'air et la cure de soleil.

L'emplacement du sanatorium doit reposer sur un sous-sol perméable sec, être largement ensoleillé et protégé contre certains vents dominants.

Il faut pouvoir se procurer de l'eau à discrétion et une quantité d'eau potable suffisante.

ARTICLE 12 *ter*. — Il doit y avoir, dans chaque sanatorium, des lits d'isolement dans la proportion de 10 % au minimum de la population totale des malades, pour permettre de recevoir les contagieux, les septiques chirurgicaux et les opérés.

La surface des chambres à un lit doit être d'au moins 9 mètres carrés et celle des autres chambres et dortoirs de 5 mètres carrés par lit.

Les dispositions des paragraphes 4 et 5 de l'article 9 et celles de l'ar-

ticle 10 sont applicables aux sanatoriums pour tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.

ARTICLE 12 *quater*. — Tout sanatorium doit justifier qu'il dispose dans ses propres locaux ou à proximité : 1^o d'un laboratoire outillé pour la bactériologie et la radiologie ; 2^o d'un service dentaire ; 3^o d'un service de désinfection.

Il doit être muni : 1^o d'une bonne installation pour la désinfection des pansements souillés ; 2^o d'un caveau à linge sale, lavable, complètement séparé des services des malades ; 3^o d'un nombre suffisant de baignoires et de bains-douches.

Il doit y avoir, à proximité des dortoirs, des lavabos à eau courante, des cabinets d'aisances et des galeries d'héliothérapie bien orientées, de plain-pied avec les dortoirs où les lits pourront être roulés facilement.

Dans les établissements recevant des enfants, les entrants devront être isolés, à leur arrivée, dans un lazaret collectif, où ils subiront une période d'observation d'au moins quinze jours.

ARTICLE 12 *quinquiès*. — Tout sanatorium doit avoir à sa disposition une salle d'opérations, deux salles de pansements, l'une pour les septiques, l'autre pour les aseptiques, une salle de plâtres et une salle de stérilisation chirurgicale.

Pour 100 malades alités nuit et jour, le personnel infirmier doit comprendre, au minimum, une surveillante spécialisée, deux panseuses spécialisées, huit filles de service de jour et deux filles de service de nuit.

Pour les autres malades, le personnel infirmier peut être réduit à une panseuse spécialisée, quatre filles de service de jour et deux filles de service de nuit, pour 100 lits.

ARTICLE 12 *sexiès*. — Des dispositions doivent être prises pour qu'en cas d'incendie les malades immobilisés puissent être évacués avec rapidité et facilité, et sans danger pour leur affection.

Les mesures contre l'incendie sont prises d'accord avec le service local des sapeurs pompiers.

ARTICLE 12 *septiès*. — Les dispositions de l'article 8 sont applicables aux sanatoriums pour tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires. L'article 12 est également applicable à ces établissements qui pourront ne pas réunir toutes les conditions exigées par les articles 12 *bis* et suivants ci-dessus.

CHAPITRE III.

Conditions de fonctionnement des sanatoriums publics.

ARTICLE 13 (modifié par les décrets du 20 novembre 1923 et du 24 juillet 1924). — Dans les sanatoriums publics, l'admission des malades énoncés dans l'article 3 de la loi sera prononcée par le préfet compétent et, dans les autres cas, par le représentant qualifié de la collectivité dont relève le sanatorium.

La demande est adressée à la préfecture. Si elle émane d'un malade suivi par un dispensaire d'hygiène sociale, elle sera accompagnée : a) d'un certificat médical ; b) d'une fiche contenant les renseignements d'ordre social, ces deux documents devant être établis conformément aux modèles qui sont fixés par un règlement.

Dans le cas où la demande est accompagnée du certificat d'un médecin traitant et émane d'un malade habitant une circonscription desservie par un dispensaire d'hygiène sociale, celui-ci est saisi dans un délai de deux jours en vue de compléter le dossier du malade qui doit être renvoyé à la préfecture dans un délai de huitaine.

Dans les huit jours qui suivent la réception à la préfecture, du dossier constitué en conformité du paragraphe précédent, les demandes d'admission sont classées dans un ordre déterminé par un règlement. Le classement est effectué par le médecin directeur du sanatorium public ou par une commission comprenant un ou plusieurs médecins et un représentant de l'administration préfectorale, désignés par le préfet, ainsi que le médecin directeur du sanatorium public. Dans les départements où existe un organisme départemental ayant dans ses attributions l'organisation de la lutte antituberculeuse, la désignation du ou des médecins chargés du classement n'est faite qu'après avis de cet organisme.

Les malades sont avisés qu'ils peuvent, s'ils consentent à prendre à leur charge les frais de déplacement, se présenter devant le ou les médecins chargés du contre-examen.

Toutes les demandes sont transmises, avec le classement arrêté par le médecin directeur ou par la commission, à l'autorité qualifiée pour prendre la décision, qui contrôle si les prescriptions réglementaires ont été suivies.

Les admissions sont prononcées dans l'ordre du classement arrêté conformément aux prescriptions précédentes et au fur et à mesure des vacances.

Toutefois, si par suite du classement et du nombre des vacances, il s'est écoulé plus de deux mois entre l'avis du ou des médecins contre-

examineurs et l'admission, celle-ci ne pourra être prononcée qu'après nouvel avis médical donné dans les formes prévues aux paragraphes précédents et constatant que le malade se trouve toujours dans les conditions requises pour bénéficier de la cure sanatoriale.

Au cours du premier mois de cure, le médecin directeur décidera s'il y a lieu de maintenir le malade au sanatorium.

ARTICLE 14 (décret du 24 juillet 1924). — La sortie sera prononcée par le médecin directeur qui avisera immédiatement le préfet compétent ou le représentant de la collectivité intéressée qui a obtenu l'admission.

Si elle est provoquée par des raisons disciplinaires, le médecin directeur devra en rendre compte dans un rapport explicatif. En ce cas, le malade pourra, dans les huit jours qui suivront son renvoi, adresser une réclamation au Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales qui statuera, après avis du comité institué par l'article 3 du présent décret. Le médecin-directeur sera entendu ou appelé à présenter ses observations écrites.

Le maintien des malades au delà de six mois ne sera autorisé qu'après rapport explicatif du médecin-directeur.

ARTICLE 15. — Les sanatoriums publics seront administrés sous l'autorité du représentant de la collectivité qui en assure la gestion et sous la surveillance de commissions gratuites, par un médecin-chef, directeur de l'établissement, dans les conditions suivantes.

ARTICLE 16. — Le médecin-chef directeur a la responsabilité générale de la conduite de l'établissement. Il est chargé de l'administration intérieure, ainsi que de la gestion des biens et revenus. Il a autorité sur tout le personnel et (à l'exception des médecins et du receveur-économe, dont les conditions de nomination et de révocation sont déterminées ci-après), il nomme les préposés de tous les services et les révoque, s'il y a lieu.

ARTICLE 17. — Les fonctions d'ordonnateur appartiennent au médecin-chef, directeur ; celles de comptable en deniers et en matières seront dévolues à un receveur-économe qui sera chargé en outre, de seconder le médecin-directeur pour la partie administrative de ses fonctions ; le receveur-économe sera nommé par le représentant de la collectivité qui assure la gestion de l'établissement.

ARTICLE 18. — Les lois et règlements relatifs à l'administration générale des hospices et des établissements de bienfaisance, notamment en ce qui concerne l'ordre de leurs services financiers, la surveillance de la ges-

tion du receveur-économe, les formes de la comptabilité, sont applicables aux sanatoriums publics en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions qui précèdent.

ARTICLE 19. — Les commissions de surveillance seront composées de neuf membres renouvelables par tiers chaque année.

Les membres sont nommés par le Ministre de l'Hygiène, par les préfets, par les maires, par les présidents des commissions administratives des établissements publics ou assimilés, suivant que la gestion du sanatorium sera assurée par l'Etat, par un département, par une commune ou par un établissement public ou assimilé.

Lorsqu'un sanatorium relèvera d'un département ou d'une commune, trois des neuf membres de la commission de surveillance devront avoir été désignés par le Conseil général ou par le Conseil municipal, selon le cas.

ARTICLE 20. — Ces commissions sont chargées de la surveillance générale de toutes les parties du service des sanatoriums. Elles sont appelées à donner leur avis sur le régime intérieur, sur les budgets et les comptes, sur les actes relatifs à l'administration, tels que : le mode de gestion des biens, les projets de travaux, les procès à intenter ou à soutenir, les transactions, les emplois de capitaux, les acquisitions, les emprunts, les ventes ou échanges d'immeubles, les acceptations de legs ou de donations, les pensions à accorder, s'il y a lieu.

ARTICLE 21. — Un règlement particulier délibéré par la commission de surveillance, sur la proposition du médecin-chef directeur et soumis à l'approbation du représentant de la collectivité qui assure la gestion de l'établissement, pourvoit à l'organisation et au fonctionnement du service intérieur. Il fixe notamment, les conditions de recrutement et d'avancement, la discipline et les retraites du personnel nommé par le directeur et il règle toutes les questions concernant la discipline des malades et les régimes alimentaires.

Un règlement général type sera élaboré par le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales pour servir de guide aux différentes collectivités dans l'élaboration de leur règlement particulier.

ARTICLE 22. — Le service médical des sanatoriums publics sera assuré par un médecin-chef, directeur, et, s'il y a lieu, par un ou plusieurs médecins adjoints.

ARTICLE 23. — Les médecins-chefs et médecins-adjoints devront résider dans l'établissement ; ils ne feront pas de clientèle au dehors, sauf

autorisation exceptionnelle, révocable, laissée à l'appréciation de la commission prévue à l'article 28, qui pourra les autoriser à répondre aux demandes de consultation des médecins de la région.

ARTICLE 24. — Les infirmières-majors et soignantes devront être recrutées parmi les infirmières justifiant d'un stage de six mois au moins dans un service de tuberculeux ou pourvues d'un des diplômes décernés par les écoles spéciales d'infirmières-visiteuses.

ARTICLE 25. — Les sanatoriums assimilés aux sanatoriums publics, conservent leur autonomie financière et leur administration propre.

Toutefois, pour bénéficier des diverses subventions prévues par la loi, et en vue de permettre la fixation de ces subventions, les sanatoriums assimilés doivent produire, à l'appui de toute demande de subvention, un relevé de leur comptabilité permettant de contrôler leurs recettes et leurs dépenses et de fixer exactement leur situation financière.

CHAPITRE IV.

Conditions de recrutement et de nomination par voie de concours des médecins de sanatoriums publics.

ARTICLE 26. — Les médecins-chefs, directeurs, et les médecins-adjoints des sanatoriums publics sont nommés par le ministre.

Les médecins-chefs, directeurs, seront choisis parmi les médecins-adjoints figurant sur une liste d'aptitude établie par la commission spéciale prévue par l'article 28.

ARTICLE 27. — Les candidats aux fonctions de médecins-adjoints des sanatoriums publics adresseront, par l'intermédiaire du préfet de leur département, une demande écrite au Ministre de l'Hygiène qui arrêtera la liste des candidats admis à concourir.

Ils devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, produire un extrait de leur casier judiciaire, un diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et justifier d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les emplois de médecins-adjoints pourront être remplis par des femmes.

ARTICLE 28 (modifié par le décret du 14 décembre 1927). — Une commission spéciale est chargée d'examiner les titres des candidats. Elle classe sur deux listes d'aptitude distinctes, d'abord les médecins-adjoints reconnus aptes aux fonctions de médecins-chefs, directeurs, et exerçant

les fonctions de médecins-adjoints depuis deux ans au moins, puis les candidats reconnus aptes aux fonctions de médecins-adjoints de sanatoriums publics.

Cette commission est composée de dix membres :

- 1^o Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques président ;
- 2^o Les deux conseillers techniques sanitaires du Ministère de l'Hygiène ;
- 3^o Deux inspecteurs généraux des services administratifs ;
- 4^o Trois membres médecins de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, désignés par le ministre ;
- 5^o Un représentant de l'Union des syndicats médicaux désigné par l'Union des syndicats ;
- 6^o Un représentant de l'Association des médecins de France.

Les règles spéciales du concours seront fixées par un arrêté ministériel.

ARTICLE 29 (modifié par le décret du 14 décembre 1927). — La commission se réunit sur la convocation du directeur de l'assistance publique toutes les fois qu'une ou plusieurs places (cinq au maximum) de médecins de sanatoriums sont vacantes.

ARTICLE 30. — Un décret contresigné par le Ministre des Finances et le Ministre de l'Hygiène, fixera le nombre et les traitements des médecins-directeurs et des médecins-adjoints, ainsi que les conditions de leur admission à la retraite et les taux de leurs pensions.

ARTICLE 31. — Les médecins des sanatoriums publics sont logés, éclairés, chauffés, blanchis et ont la faculté de bénéficier, à titre onéreux, pour eux et pour leur famille, du ravitaillement de l'établissement. Ils ont droit chaque année à un mois de congé payé. Les médecins-chefs recevront, dans la mesure où le service le permettra, des missions obligatoires pour assister aux Congrès de tuberculose.

ARTICLE 32. — Les avancements de classe sont, sous réserve de l'article suivant, accordés par le Ministre de l'Hygiène après trois ans. Ce stage de trois ans pourra être réduit dans des conditions exceptionnelles à un an, sur proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, en raison de services et titres exceptionnels, et après avis de la commission prévue à l'article 28.

La limite d'âge est fixée à soixante ans et peut être prolongée jusqu'à soixante-cinq ans.

ARTICLE 33. — Les sanctions applicables aux médecins des sanatoriums publics pour fautes de service ou incapacité professionnelle sont :

- 1^o L'avertissement ;
- 2^o L'ajournement pendant trois ans au plus d'une promotion à la classe supérieure ;
- 3^o La rétrogradation de classe ;
- 4^o La mise en disponibilité d'office ;
- 5^o La révocation.

Ces mesures seront appliquées par le Ministre de l'Hygiène et, sauf pour l'avertissement, après avis de la commission prévue à l'article 34.

ARTICLE 34 (modifié par décret du 2 août 1923). — La commission spéciale prévue à l'article 28 sera appelée à donner son avis sur les fautes commises par les médecins, ainsi que sur leur incapacité professionnelle, et proposera les sanctions dont elles sont susceptibles ; dans ce rôle il sera adjoint à la commission deux médecins-chefs ou deux médecins-adjoints, suivant le grade du médecin dont il s'agit de juger les fautes.

ARTICLE 35 (modifié par décret du 17 septembre 1930). — A titre transitoire et jusqu'au 10 août 1935, les docteurs en médecine ne justifiant pas de deux ans de stage comme médecins adjoints pourront être admis à concourir, en vue de leur inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecins-directeurs, pourvu qu'ils remplissent les autres conditions exigées. Toutefois il ne sera procédé à leur nomination qu'à défaut d'inscription de médecins-adjoints ayant deux ans de fonctions.

CHAPITRE V.

De la surveillance des sanatoriums par l'autorité publique.

ARTICLE 36. — Les sanatoriums publics et les sanatoriums assimilés aux sanatoriums publics sont soumis à la surveillance des préfets des départements de leurs sièges et, sous l'autorité des préfets, à celle des professeurs d'hygiène des Facultés ou Ecoles de médecine, des inspecteurs départementaux d'hygiène et des inspecteurs départementaux de l'assistance publique, agissant en qualité de délégués du préfet.

Le contrôle supérieur de ces établissements est assuré, sous l'autorité du ministre, par les inspecteurs généraux des services administratifs, dans les conditions déterminées par les règlements en vigueur.

Toute personne spécialement désignée par le Ministre de l'Intérieur, par le Ministre de l'Hygiène ou par le préfet, pourra, en outre, visiter en tout temps les sanatoriums publics et les sanatoriums assimilés et se faire rendre compte du fonctionnement des services.

TITRE II

Des sanatoriums privés.

ARTICLE 37 (modifié par les décrets du 14 décembre 1927 et du 30 mai 1932). — Les dispositions du chapitre II du décret sont applicables aux sanatoriums privés, à l'exception de l'article 8, dont est seule retenue la réserve faite au premier paragraphe de cet article, en ce qui concerne les établissements privés qui reçoivent des malades des services et organisations d'assistance.

ARTICLE 38 (modifié par le décret du 30 mai 1932). — En adressant au préfet la déclaration prescrite à l'article 8 de la loi du 7 septembre 1919, la collectivité ou la personne qui se propose de créer un sanatorium privé devra y adjoindre en outre des pièces et des renseignements exigés sous les numéros 1^o, 2^o, 4^o, 7^o, 8^o, 9^o, 10^o, 11^o, 12^o, 13^o, 14^o de l'article 3 ci-dessus, un plan détaillé des bâtiments affectés au logement et au traitement des malades, ainsi que les plans et aménagements des services généraux.

ARTICLE 39 (modifié par le décret du 30 mai 1932). — Pendant un délai de dix mois, à partir de la date du récépissé de déclaration délivré par le préfet, le Ministre de la Santé publique sur le vu des rapports et avis prescrits sous les numéros 8^o, 9^o, 10^o, 11^o, 12^o, 13^o et 14^o du susdit article 3 et après avis conforme du Comité technique prévu au même article, peut faire opposition à l'ouverture du sanatorium jusqu'à ce que les mesures nécessaires pour rendre l'établissement propre à sa destination aient été réalisées. *

Par la suite, aucune modification, aucun agrandissement ni changement portant sur les bâtiments, le nombre des lits, les aménagements et les dispositions générales du sanatorium ne devra être réalisé, sans une nouvelle déclaration faite dans les conditions prescrites par le présent décret.

ARTICLE 40 (modifié par le décret du 30 mai 1932). — Le Ministre de la Santé publique et le préfet ont le droit de faire surveiller et inspecter les sanatoriums privés par leurs délégués ; ils se font rendre compte de la tenue hygiénique ainsi que du fonctionnement de ces Etablissements et s'assureront qu'ils se conforment aux conditions qui leur sont imposées.

L'inexécution constatée des prescriptions du décret pourra entraîner la fermeture du sanatorium, qui sera prononcée dans la forme prévue par l'article 9 de la loi du 7 septembre 1919.

BIBLIOGRAPHIE

1^{re} PARTIE : Législation antituberculeuse *(par ordre chronologique.)*

Loi du 7 avril 1851 sur les Hospices et Hôpitaux.

Loi du 15 juillet 1893, sur l'Assistance médicale gratuite.

Loi du 1^{er} avril 1898, régissant les sociétés de secours mutuels.

Loi du 9 avril 1898, sur les Accidents du travail.

Loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique.

ARRÊTÉ du 18 février 1902, relatif au mode de déclaration des maladies déterminées par la loi du 15 février 1902.

DÉCRET du 10 février 1903, sur les maladies contagieuses à déclarer.

CIRCULAIRE du Ministre de l'Intérieur du 15 janvier 1904 sur l'isolement des tuberculeux à l'hôpital.

Loi du 14 juillet 1905, sur l'assistance aux Vieillards, Infirmes et Incurables.

Loi impériale allemande du 30 mai 1908, sur l'Assistance aux Indigents.

INSTRUCTIONS du Gouverneur général de l'Algérie du 28 septembre 1909, sur l'Assistance aux Vieillards, Infirmes et Incurables.

Loi impériale allemande du 8 novembre 1909, sur l'introduction en Alsace-Lorraine de la loi du 30 mai 1908 sur l'Assistance aux Indigents.

CIRCULAIRE ministérielle allemande du 7 décembre 1909, déterminant l'application de la loi du 8 novembre 1909 (Assistance aux Indigents en Alsace-Lorraine).

ORDONNANCE impériale allemande du 29 octobre 1910, rendant la déclaration de la tuberculose obligatoire en Alsace-Lorraine.

Loi impériale allemande du 19 juillet 1911, sur les Assurances sociales.

- Loi impériale allemande du 20 décembre 1911, sur l'Assurance invalidité et vieillesse aux employés.
- INSTRUCTIONS du 1^{er} mai 1913, introduisant la loi des Assurances sociales d'Allemagne en Alsace-Lorraine.
- Loi du 18 octobre 1915, sur les crédits nécessaires à la création de stations sanitaires pour tuberculeux de guerre.
- Loi du 15 avril 1916, instituant des dispensaires d'hygiène et de préservation antituberculeuse.
- DÉCRET du 26 septembre 1916, modifiant le décret du 10 février 1903 sur les maladies contagieuses à déclarer.
- Loi du 27 juillet 1917, déterminant les ayants droit au titre de pupille de la Nation.
- CIRCULAIRE ministérielle du 31 juillet 1917, commentant la loi du 15 avril 1916 sur les dispensaires.
- DÉCISION ministérielle du 21 octobre 1918, organisant des écoles de rééducation professionnelle pour pensionnés de guerre.
- Loi du 31 mars 1919, sur les pensionnés militaires.
- DÉCRET du 29 mai 1919, sur les pensionnés militaires.
- Loi du 24 juin 1919, sur le montant des pensions aux pensionnés militaires.
- ARRÊTÉ du 11 août 1919, de l'Office National des Mutilés sur les subventions à accorder aux écoles de rééducation professionnelle.
- Loi du 7 septembre 1919, instituant des sanatoriums.
- DÉCRET du 17 octobre 1919, modifiant la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.
- DÉCRET du 12 janvier 1920, introduisant en Alsace-Lorraine les articles 1 et 2 de la loi sur les sanatoriums.
- Loi du 6 février 1920, sur les tarifs pour accidents de travail.
- INSTRUCTIONS du commissaire général de la République, du 16 février 1920, adaptant la loi d'Assistance en Alsace-Lorraine, au régime français.
- Loi du 16 juillet 1920, rendant l'A. M. G. et l'Assistance aux V., I. et I., obligatoire dans nos vieilles colonies.
- DÉCRET du 31 juillet 1920, introduisant en Alsace-Lorraine l'art. 9 de la loi sur les dispensaires.
- DÉCRET du 10 août 1920, complétant la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums.

CIRCULAIRE du 8 décembre 1921, sur la nomination des médecins-chefs de dispensaires.

LOI de finances du 31 décembre 1921, modifiant l'art. 5 de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums.

LOI du 15 avril 1922, sur les tarifs pour accidents de travail (art. 139).

DÉCRET du 27 juin 1922, réglementant les écoles d'infirmières et créant un diplôme d'Etat pour infirmières-visiteuses.

LOI du 21 juillet 1922, sur les prix de journée des pensionnés hospitalisés.

DÉCRET du 29 septembre 1922, fixant le statut des médecins de sanatoriums publics.

DÉCRET du 25 octobre 1922, sur le prix de journée en sanatoriums des pensionnés.

LOI du 26 octobre 1922, sur les pupilles de la Nation, modifiant celle du 27 juillet 1917.

LOI du 5 décembre 1922, sur les Habitations à bon marché.

LOI du 30 mars 1923, article 22, sur le prix de journée du pensionné hospitalisé.

DÉCRET du 15 avril 1923, portant introduction en Alsace-Lorraine de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.

LOI du 17 avril 1923, sur le montant des pensions de guerre.

DÉCRET du 15 juin 1923, sur les retraites des médecins des sanatoriums publics.

LOI du 22 juillet 1923, sur les fonctionnaires d'Alsace-Lorraine du cadre impérial.

DÉCRET du 5 octobre 1923, sur les congés accordés aux employés des P. T. T.

DÉCRET du 20 novembre 1923, modifiant le décret du 10 août 1920 sur les sanatoriums.

DÉCRET du 14 février 1924, modifiant le décret du 29 septembre 1922 (statut des médecins de sanatoriums publics).

DÉCRET du 8 juillet 1924, sur les prix de pension en sanatorium pour les pensionnés de guerre.

DÉCRET du 18 juillet 1924, modifiant celui du 27 juillet 1922 sur les écoles d'infirmières.

DÉCRET du 24 juillet 1924, modifiant le décret du 10 août 1920, sur les sanatoriums.

ARRÊTÉ du Ministre du Travail du 28 juillet 1924, sur le paiement du prix de journée des mutilés du travail dans les écoles de rééducation professionnelle.

DÉCRET du 8 août 1924, modifiant le décret du 17 octobre 1919 sur les pensions de guerre.

INSTRUCTIONS du 14 août 1924, pour l'application du décret du 8 août 1924, sur les pensions.

DÉCRET du 25 septembre 1924, sur la vaccination antituberculeuse aux pupilles de l'Assistance publique.

DÉCRET du 11 octobre 1924, modifiant le décret du 10 août 1920 sur les sanatoriums.

LOI du 13 juin 1925, sur les majorations des pensions de guerre.

DÉCRET du 16 juin 1925, sur les pensions d'invalidité pour tuberculoses osseuses et articulaires.

LOI du 9 janvier 1926, sur l'imputabilité à la guerre 1914-1918, pour les pensionnés.

CIRCULAIRE du 15 février 1926, sur les subventions aux dispensaires et aux écoles d'infirmières.

CIRCULAIRE du 15 avril 1926, interprétant la loi du 7 septembre 1919, pour les conditions de placements en sanatoriums.

DÉCRET du 15 avril 1926, introduisant en Alsace et Lorraine la loi française du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.

CIRCULAIRE du 20 avril 1926, sur les placements en préventoriums.

CIRCULAIRE du 15 juillet 1926, sur les subventions à accorder aux dispensaires et aux écoles d'Infirmières.

DÉCRET du 29 décembre 1926, modifiant le décret du 29 septembre 1922 (statuts des médecins de sanatoriums publics).

DÉCRET du 14 décembre 1927, modifiant le décret du 10 août 1920 sur les sanatoriums.

ARRÊTÉ Viziriel du 25 janvier 1928, relatif aux congés de longue durée pour fonctionnaires au Maroc.

LOI du 5 avril 1928 sur les Assurances sociales.

CIRCULAIRE ministérielle du 2 février 1929, sur les subventions à accorder pour la création et l'aménagement de sanatoriums.

CIRCULAIRE interministérielle du 2 février 1929, sur les états à fournir pour les admissions en sanatoriums.

LOI du 30 mars 1929: article 51, sur les congés de longue durée aux fonctionnaires tuberculeux.

LOI du 30 mars 1929 : article 70, modifiant la loi du 5 décembre 1922 sur les H. B. M.

DÉCRET du 21 juillet 1929, modifiant celui du 10 février 1903 sur les maladies contagieuses à déclarer.

LOI du 5 août 1929, remaniant la loi du 5 avril 1928 sur les Assurances sociales.

DÉCRET du 10 décembre 1929, sur les congés de longue durée.

LOI du 9 janvier 1930, sur les ententes interdépartementales pour l'aménagement de sanatoriums interdépartementaux.

ARRÊTÉ interministériel de l'Hygiène et des Finances du 25 février 1930, sur les congés de longue durée.

LOI du 30 avril 1930, sur les Assurances sociales.

CIRCULAIRE du Ministre du budget du 12 juin 1930, sur les congés de longue durée.

DÉCRET du 23 juillet 1930 modifiant le décret du 29 septembre 1922 (statut des médecins de sanatoriums publics).

ARRÊTÉ viziriel du 9 septembre 1930 sur les congés de longue durée pour fonctionnaires au Maroc.

CIRCULAIRE du Ministre de la Santé publique du 26 novembre 1930, sur les pupilles de l'Assistance publique assurés sociaux.

DÉCRET du 16 janvier 1931, modifiant le décret du 10 août 1920, sur les sanatoriums.

DÉCRET du 11 février 1931, modifiant le décret du 10 août 1920, sur les sanatoriums.

LOI du 31 mars 1931, modifiant la loi du 5 avril 1928, sur les Assurances sociales.

DÉCRET du 29 juin 1931, sur les congés de longue durée.

DÉCRET du 17 juillet 1931, sur les pensions.

LOI du 28 juillet 1931, modifiant la loi du 8 avril 1928, sur les Assurances sociales.

CIRCULAIRE du ministre du budget du 28 juillet 1931, sur les congés de longue durée.

ARRÊTÉ ministériel du 5 février 1932, sur les tarifs pour accidents de travail.

DÉCRET du 30 mai 1932, modifiant le décret du 10 août 1920 sur les sanatoriums.

LOI du 28 février 1933, qui supprime la présomption d'origine sur les pensionnés des temps de paix.

INSTRUCTIONS du gouverneur général de l'Algérie du 18 mars 1933, organisant la lutte antituberculeuse en Algérie.

Loi du 31 mai 1933, modifiant la loi sur les Assurances sociales.

Loi du 28 février 1934, modifiant la loi sur les Assurances sociales.

DÉCRET-LOI du 4 avril 1934, instituant une retenue provisoire de 3 % sur les pensions et retraites.

DÉCRET-LOI du 16 juillet 1935, sur les suppléments temporaires des pensionnés du temps de paix et le prélèvement de 10 % sur leurs émoluments.

DÉCRET-LOI du 30 octobre 1935, sur l'indemnité de 10.000 francs aux pensionnés tuberculeux inhospitalisés.

DÉCRET-LOI du 30 octobre 1935, prorogeant le délai des demandes de pension des blessés de la grande guerre.

DÉCRET-LOI du 30 octobre 1935, modifiant la loi des Assurances sociales du 5 avril 1928.

DÉCRET-LOI du 30 octobre 1935, modifiant le décret du 10 août 1920, sur les sanatoriums.

2^e PARTIE : **Articles et ouvrages à consulter**
(par ordre alphabétique).

ARMAINGAUD. — Rapport présenté le 19 décembre 1903 à la Commission permanente pour la préservation de la tuberculose au Ministère de l'Intérieur : l'isolement obligatoire des tuberculeux (suivi de la circulaire ministérielle du 15 janvier 1904), 15 pp. in-8°. Gounouilhou, Bordeaux, 1904.

AURIACOMBE (Raymond). — Réadaptation des tuberculeux au travail et assistance post-sanatoriale, 140 pp. in-8°. Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1934.

BABLET (Jean). — La prophylaxie sociale de la tuberculose : comment peut-on combattre la tuberculose en Indochine, 20 pp. in-8°. à 2 col. Publication du *Bulletin général de l'instruction publique*, Hanoi, 1933.

BARBARY (Fernand). — La grande faucheuse : la lutte antituberculeuse dans la famille, à l'école, à l'atelier. VIII-219 pp. in-8°. Maud, Paris, 1904.

BERNARD (Léon). — L'organisation de la lutte antituberculeuse en France : historique, principes, réalisations, fonctionnement, 51 pp. in-8°. Paris, Masson, 1931.

- L'utilisation des dispensaires pour le traitement de la tuberculose. *Revue de Phthisiologie thérapeutique et sociale*, organe du Comité national de défense contre la tuberculose, paraissant tous les deux mois (fascicules in-8° de 140 pp.). Masson, 120, Bd Saint-Germain, Paris, 15^e année, p. 559 à 580, sept.-oct. 1934.
- BERNARD (Léon) et EVEN (Roger). — Thérapeutique hydro-climatique de la tuberculose, 145 pp. in-8°. Masson, Paris, 1934.
- BEZANÇON (Fernand). — Exposé de ses travaux sur la tuberculose, 1^{re} édition, 37 p. in-8°. Paris, G. Steinheil, 1908 ; 2^e édition, 48 pp. in-8°, *ibid.*, 1912.
- Les bases actuelles du problème de la tuberculose, vi-199 pp. in-8°. Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, 1922.
- L'œuvre de Léon Bernard. *La Presse médicale* (Masson), n° 42 : p. 1611 à 1613, 15 oct. 1934.
- BIOT (René). — Principes et techniques d'une politique de la santé publique, 54 pp. in-8°. Imprimerie Express, 46, rue de la Charité, Lyon, 1934.
- BOURGEOIS (Léon). — Rapport pour l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris. L'isolement des tuberculeux et la lutte contre la tuberculose : le dispensaire, le quartier spécial, l'hôpital suburbain, 347 pp. in-4°, figures et plan. Paris, Berger-Levrault, 1906.
- BROUARDEL (Georges) et ARNAUD (Jacques). — L'organisation antituberculeuse française, 260 pp. in-8° et 21 illustrations. « Bibliothèque de phthisiologie », Masson, Paris, 1934.
- BRUNO (Alexandre). — La mission Rockefeller en France et l'effort français : organisation départementale ; propagande ; statistiques ; l'armement antituberculeux et le rendement des dispensaires ; mortalité générale et mortalité par tuberculose ; les visiteurs d'hygiène ; législation ; finances. Préface de M. le professeur Maurice Letulle, de l'Académie de Médecine, 528 pp. in-8° avec fig. (thèse de doctorat). Au siège de l'Association des villages-sanatoriums, 4, rue de Castellane, Paris, 1925.
- CALMETTE (Albert). — L'effort national de défense contre la tuberculose, 11 pp. in-8°. E. Desfossés, Paris, 1921.
- Le dispensaire Emile Roux à Lille (reproduction). *Paris médical* (hommage à Emile Roux et à Albert Calmette, *fin*), p. 542 à 544, 23 déc. 1933.
- CHAUSSIDIÈRE (Camille). — La lutte sociale contre la tuberculose : sa

forme actuelle, ses résultats, son avenir, 237 pp. in-8° (thèse de doctorat). Le François, Paris, 1931.

CLERC (Marcel). — La tuberculose et la marine marchande, étude statistique et prophylactique de la tuberculose chez les marins du commerce. La pension du marin tuberculeux : ses fondements clinique et juridique, 64 pp. in-8°. Vigot, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1926.

COLLET (Aimé-Rodolphe). — Le problème post-sanatorial : La cité sanitaire pour tuberculeux, 194 pp. in-8°. Cadoret, Bordeaux, 1932.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE (66, boulevard Saint-Michel, Paris). — L'armement antituberculeux français. Introduction de MM. Léon Bernard et G. Poix. 3^e édition, refondue, 248 pp. in-16. Paris, Masson, 1934.

COURMONT (P.). — Dispensaires et pneumothorax. *Le Journal de médecine de Lyon* (D^r Paul Malot, 52, rue Victor-Hugo à Lyon), n° 15, p. 697 à 698, 20 oct. 1934.

FOURNIER (Madeleine). — Préservation de la tuberculose et vie familiale. Editions Spes, 17, rue Soufflot, Paris, 1934.

GAIDE et DOROLLE. — La tuberculose et sa prophylaxie en Indo-Chine française, 47 pp. in-8°. Imprimerie d'Extrême-Orient, Hanoï, 1930.

GODARD (Jacques-Pierre). — Les assurances sociales et la lutte antituberculeuse, 213 pp. in-8° (thèse de doctorat). Imprimerie nouvelle, Bourges, 1931.

GOUACHON et MOURET. — Manuel pratique d'assistance (préface d'Emile Ogier), 2^e édition (prix Audiffred, 1926), 575 pp. in-8° (et 224 pp. d'annexes, feuilles vertes) et 20 pp. de tables. Noirclerc et Fénétrier, Lyon, 1926.

— Memento pratique d'assistance (avec les modifications résultant des assurances sociales), 352 pp. in-16 et un tableau dépliant. Noirclerc et Fénétrier, Lyon, 1934.

GRANCHER. — Préservation scolaire contre la tuberculose, 24 pp. in-8°. Gainche, Paris, 1904.

HAZEMANN (R. H.) et LECONTE (Marie). — Le travail social des dispensaires. *Revue de Phthisiologie thérapeutique et sociale*, n° 15, p. 335 à 370, mai-juin 1934.

HELLER (Léon). — Comment faire pour bénéficier des assurances sociales ? Nouvelle édition. Imprimerie de l'Union Typographique, Villeneuve-Saint-Georges, 1932.

- HERMANN (Auguste). — Les sanatoria et preventoria antituberculeux en France et dans ses colonies, 60 pp. in-8° à 2 colonnes, avec gravures, Giard, 16, rue Soufflot, Paris, 1924.
- L'armement antituberculeux dans les trois départements recouverts (avec figures), in-4° à 2 colonnes. Marcel Giard, 16, rue Soufflot, Paris, 1925.
- HOMMEY (H.). — Lutte contre la tuberculose : application de la loi du 7 septembre 1919, 16 pp. in-8°, Editions du *Monde Nouveau*, 42, boulevard Raspail, Paris, 1922.
- JACQUELIN (A.) et BAUDOUIN (A.). — Quels tuberculeux pulmonaires faut-il envoyer en sanatorium ? *La vie médicale* (44, rue de Lisbonne, Paris), n° 15, p. 1033 à 1037, 25 nov. 1934.
- JULLIEN (L.). — La tuberculose au point de vue social, conférences. Avant-propos de Léon Bernard, 108 pp. in-8°. Ch. Lavauzelle, Paris, 1923.
- KUSS (Georges). — Quels sont les tuberculeux qu'il faut admettre et conserver en sanatoriums publics ? *Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose* (aujourd'hui, *Revue de Phtisiologie thérapeutique et sociale*), mars-avril 1923.
- LABESSE. — Etude sur la valeur de la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire en sanatorium. *Le Journal médical français* (A. Poinat, 21, rue Cassette, Paris), n° 24, p. 20 à 28, janvier 1935.
- LAPIN (J.). — La tuberculose au Maroc. Blanc et Gauthier, Rabat, 1933.
- LAUDINET (Jean). — Manuel d'enseignement social. Législation de l'assistance, de la prévoyance et de l'hygiène à l'usage des infirmières, ou assistantes sociales et des services administratifs (préface de M. André Hauriou), 276 pp. in-8°, Bugnet-Comptour, Mâcon, 1934.
- LELONG (M.). — L'œuvre phtisiologique de Léon Bernard (1872-1934) *Paris médical* (J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris), n° 1, p. 30 à 32, 5 janvier 1935.
- MARSAL. — La charte française d'hygiène, in-8°. Norbert Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1925.
- PERRAULT (M.). — Rôle et fonctionnement du dispensaire dans la prophylaxie de la tuberculose au cours du premier âge. *Revue médico-sociale de l'enfance*. Paris, Masson, n° 2, p. 266 à 271, juillet-août 1934.
- POIX (Gaston). — VI^e Congrès national de la tuberculose : rapports et discussions publiées par les soins du D^r G. Poix, secrétaire géné-

- ral du Congrès (Lyon, 11-14 avril 1927), LXXIX-432 pp. in-8° avec fig. Paris, Masson, 1927.
- VII^e Congrès national de la tuberculose : rapports et descriptions publiés par les soins au Dr G. Poix, secrétaire général du Congrès (Bordeaux, 30 mars-2 avril 1931), 687 pp. in-8°, *ibid.*, 1931.
- La tuberculose et les administrations, 16 pp. in-8°. Paris, Masson, 1928.
- La tuberculose et les agents des postes, 20 pp. in-8°. Paris, Masson, 1929.
- Les sanatoriums français pour tuberculeux pulmonaires. *Paris médical* (annexe), n° 1, p. xx à xxvii, 5 janv. 1935.
- RIST (E.). — Le rôle du sanatorium dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. *Revue de Phthisiologie thérapeutique et sociale*, n° 14, p. 620 à 625, nov.-déc. 1933.
- SERGEANT (Emile) et MIGNOT (R.). — Cure sanatoriale et tuberculose. *Le Monde médical*, Paris, n° 44, p. 97 à 102, 15 févr. 1934.
- TISSIER (Paul). — Contribution à l'étude de l'organisation de la lutte antituberculeuse : un dispensaire parisien de l'Office public d'Hygiène sociale en action : statistiques de six années de fonctionnement, 207 pp. in-8° (thèse de doctorat). Presses modernes, 45, rue de Maubeuge, Paris, 1926.
-

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
Première partie : La tuberculose au point de vue médical....	12
1 ^o La cure d'immobilisation.....	12
2 ^o La collapsothérapie.....	12
3 ^o L'insolation	13
4 ^o Les traitements chimiques.....	13
5 ^o <i>Le classement médical des malades ou suspects en 9 catégories.</i>	13
6 ^o <i>Le classement social du D^r Kuss.....</i>	16
A. Notion d'activité actuelle ou récente.....	18
B. Notion de quantité ou d'étendue des lésions.....	18
C. Notion de qualité.....	19
7 ^o Les conditions d'admission en sanatorium, selon le D ^r Kuss..	19
A. Malades sanatoriabiles en 1 ^{re} ligne.....	19
B. Malades sanatoriabiles en 2 ^e ligne.....	20
8 ^o <i>Le classement médico-social d'après la profession et les titres</i> <i>(pensionné de guerre, pupille de la nation, fonctionnaire, acci-</i> <i>denté du travail, indigent, incurable, assuré social, particulier</i> <i>pris en charge par un dispensaire).....</i>	21
Deuxième partie : La tuberculose au point de vue légal	23
I. LOIS, DÉCRETS ET CIRCULAIRES CONCERNANT LES DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE ET LEUR PERSONNEL MÉDICAL.....	24
1 ^o La loi du 15 avril 1916 sur les <i>dispensaires</i>	24
2 ^o La circulaire du 31 juillet 1917 sur le <i>fonctionnement des</i> <i>dispensaires</i>	25
3 ^o La circulaire du 8 décembre 1925 sur la <i>nomination des</i> <i>médecins-chefs</i> de dispensaire.....	26
4 ^o Le décret du 17 février 1922 sur les <i>écoles d'infirmières</i>	26
5 ^o La circulaire du 15 février 1926, sur les <i>subventions aux</i> <i>dispensaires et écoles d'infirmières</i>	26
II. LOIS, DÉCRETS ET CIRCULAIRES CONCERNANT LES SANATO- RIUMS ET LEUR PERSONNEL MÉDICAL, AINSI QUE LES AUTRES ÉTA- BLISSEMENTS HOSPITALIERS POUR TUBERCULEUX	26
1 ^o La loi du 7 septembre 1919 sur les <i>sanatoriums</i>	26

2° Le décret du 10 août 1920 sur le <i>fonctionnement des sanatoriums</i>	28
3° Les décrets du 20 novembre 1923 et du 24 juillet 1924, modifiant celui du 10 août 1920	29
4° Le décret du 11 octobre 1924 ajoutant au chapitre II du décret du 10 août 1920, une 2 ^e section relative <i>aux sanatoriums destinés aux tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires</i> . ..	30
5° Le décret du 14 décembre 1927 modifiant les articles 8, 28, 29 et 37 du décret du 10 août 1920	30
6° Les décrets du 16 janvier 1931 et du 11 février 1931 modifiant l'article 3 du décret du 10 août 1920	31
7° Le décret du 30 mai 1932 refondant dans son ensemble le décret du 10 août 1920	31
8° La circulaire du 15 avril 1926 sur le <i>placement en sanatorium</i> des malades non inscrits à l'A. M. G.	32
9° La circulaire du 20 avril 1926 sur les <i>placements en préventorium</i>	33
10° La circulaire du 2 février 1929 sur les <i>états à fournir pour les hospitalisés en sanatorium</i>	33
11° L'article 32 de la loi du 5 décembre 1922 sur les <i>habitations à bon marché</i> , modifié par l'article 70 de la loi du 30 mars 1929	33
12° La circulaire interministérielle du 2 février 1929 sur les <i>subventions</i> pour création de sanatoriums	33
13° La loi du 9 janvier 1930 sur l'aménagement de <i>sanatoriums interdépartementaux</i>	34
14° La loi du 31 octobre 1930 sur les <i>sanatoriums privés</i>	34
15° Le décret du 29 septembre 1922, modifié par celui du 23 juillet 1930, fixant le <i>statut des médecins de sanatoriums</i> . ..	34
16° Le décret du 15 juin 1923 relatif <i>aux retraites des médecins de sanatorium</i>	34
III. MESURES D'HYGIÈNE ET DE PRÉSERVATION CONTRE LA TUBERCULOSE	34
1° Les lois du 15 février 1902 et du 7 avril 1905 sur la <i>protection de la santé publique</i>	34
2° L'arrêté du 18 février 1902 relatif à la <i>déclaration des maladies</i> déterminées par la loi du 15 février 1902	34
3° Le décret du 10 février 1903, modifié par ceux du 28 sept. 1916 et du 21 juillet 1929 sur la <i>déclaration obligatoire</i> de 17 maladies et <i>facultative</i> de 7 autres, dont la tuberculose. ..	34
4° La circulaire du 25 septembre 1924 sur la <i>vaccination anti-tuberculeuse</i>	35
5° Décret-loi du 30 octobre 1935 sur le code de l'Hygiène ..	35
IV. ENSEMBLE DE LOIS JOUANT POUR LE TUBERCULEUX SUIVANT SON ÉTAT ET SA CATÉGORIE SOCIALE	35
1° La loi du 15 juillet 1893 sur l' <i>assistance médicale et gratuite</i> ..	35
2° La loi du 14 juillet 1905 sur l' <i>assistance aux vieillards, infirmes et incurables</i>	36

3° La loi du 9 avril 1898 sur les <i>accidents du travail</i>	36
4° La loi du 25 octobre 1919 sur les <i>maladies assimilées aux accidents du travail</i> , notamment les affections pulmonaires.	36
5° La loi du 5 avril 1928, remaniée par celles du 5 août 1929 et du 30 avril 1930, sur les <i>assurances sociales</i>	37
6° Les lois du 1 ^{er} avril 1898 et du 15 août 1923 sur les <i>sociétés de secours mutuels</i>	40
7° Les textes relatifs aux <i>pensionnés de guerre tuberculeux</i> ...	40
8° Les textes relatifs à la <i>rééducation professionnelle</i>	47
9° Les textes relatifs aux <i>pupilles de la nation tuberculeux</i> ...	47
10° Les textes relatifs aux <i>congés accordés aux fonctionnaires tuberculeux</i>	48
11° Les textes en vigueur en <i>Alsace-Lorraine</i>	50
12° Les textes en vigueur aux <i>colonies</i>	53
Troisième partie : Examen critique de la législation	57
1° Les fonctionnaires tuberculeux en contact avec des enfants ont-ils le devoir de demander le congé de longue durée auquel ils ont droit ?.....	57
2° La vaccination antituberculeuse pourra-t-elle être obligatoire ?	58
3° Dans quelle mesure la tuberculose doit-elle être inscrite parmi les maladies à déclaration obligatoire ?.....	58
4° Une loi sur les préventoriums, les écoles de plein air et les colonies de vacances, est-elle nécessaire ?.....	61
5° La réglementation des dispensaires doit-elle être révisée ?....	64
6° Les conseils de révision doivent-ils collaborer au dépistage de la tuberculose ?.....	65
7° Y a-t-il lieu de réserver des sanatoriums spéciaux aux malades de 14 à 18 ans ?	66
8° Peut-on améliorer le sort des tuberculeux incurables ?.....	66
9° Doit-on souhaiter la création d'hôpitaux chirurgicaux spécialisés ?	66
10° Doit-on enseigner aux étudiants en médecine la législation antituberculeuse ?	67
CONCLUSIONS	69
ANNEXES	77
1° Loi du 15 avril 1916	77
2° Loi du 7 septembre 1919	82
3° Décret du 10 août 1920 (mis à jour)	86
BIBLIOGRAPHIE	101
1° Législation antituberculeuse	101
2° Articles et ouvrages à consulter	106

1646, — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-1936
